Cp 216

M J B Aillieu

Regent Street 219

Pour M Bureau Riot

Newman Street

remarquer que l'abolition des droits féodaux et de la corvée était déjà fort ancienne ; et, comme elle n'a laissé aucune trace au sein de la génération actuelle, le mérite de l'à-propos n'est pas celui qui caractérise cette *énumération.*

L'énumération des parties rassemble rapidement les diverses circonstances qui conviennent à un objet, et en forment un tableau pour frapper fortement l'imagination qui serait à peine émue si ces circonstances étaient éparses et désunies.

Observation générale.— Cette description, malgré quelques taches qu'on y remarque à regret, est magnifique et brillante de poésie. Le lecteur, qui voit se dérouler devant lui une foule de tableaux pleins de mouvement et de vie, ne peut se lasser d'admirer le charme et l'harmonie du style de l'auteur.

5535

REVUE
MÉDICO-CHIRURGICALE
ANGLAISE,

ET DES

SCIENCES ACCESSOIRES,

PHYSIQUE, CHIMIE, HISTOIRE NATURELLE, ETC.

PAR

BUREAUD RIOFREY, D. M. P.,

RÉSIDANT A LONDRES.

PARIS,

LIBRAIRIE DES SCIENCES MÉDICALES

DE JUST ROUVIER ET E. LE BOUVIER,

RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 8;

TRINQUART, LIBRAIRE,

MÊME RUE, N° 9;

LONDRES,

SHERWOOD, GILBERT AND PIPER,

PATERNOSTER-ROW, PRÈS DE SAINT-PAUL.

1836.

WELLCOME
HISTORICAL
MEDICAL
LIBRARY

MÉMOIRES ORIGINAUX.

LEÇONS CLINIQUES DE SIR BENJAMIN BRODIE.

Des Qualités et des Devoirs du Médecin.

Messieurs,

Vous êtes assemblés ici pour acquérir des connaissances qui vous mettront à même d'exercer l'art de guérir; et je me propose dans ce cours, de vous donner quelques instructions qui auront rapport à cette partie de la science que l'on nomme chirurgie.

Je dis *quelques instructions ;* en effet, par des leçons seules, il est impossible de posséder des connaissances de médecine et de chirurgie, suffisantes pour vous présenter dans le monde, et sans d'autres études y exercer l'art de guérir.

Je tâcherai de vous faire remarquer les grandes divisions qui existent entre les maladies chirurgicales et les principes qui doivent vous guider dans leur traitement. Mais il ne suffit pas de suivre ce cours, car si vous ne prenez d'autres moyens pour obtenir en même temps des connaissances relatives, vous ne pourrez ni comprendre, ni vous rappeler ce que j'expliquerai. Il faut comparer l'histoire des maladies que je vous ferai connaître avec celles que vous voyez aujourd'hui, ou que vous avez pu remarquer dans les salles des hôpitaux, ou dans tout autre lieu. Quant aux distinctions minutieuses des maladies et des règles de pratique, il faut à chaque individu une somme de connaissances particulières que lui seul peut obtenir et qu'il faut chercher non dans les livres, ni dans les cours, mais près du lit des malades; les seuls secours qu'il peut attendre, ce sont des conseils sur la meilleure méthode de faire des recherches.

Le corps animal peut être étudié dans deux conditions différentes. Dans la première, sa structure naturelle est complète, les fonctions de ses divers organes sont régulièrement remplies; tandis dans que la seconde condition, ou sa structure normale est altérée, et ses fonctions sont conséquemment troublées, ou ses fonctions sont dérangées sans altérations de structure.

C'est cette dernière condition qui constitue une maladie, et

le but du médecin et du chirurgien est de traiter les diverses altérations ou déviations de l'état de santé. Mais il faut que le corps soit connu dans son état parfait, dans son organisation complète et ses fonctions régulières, pour permettre de juger de ses dérangements, et l'étude de l'anatomie et de la physiologie, est la première et la plus importante, pour arriver à la connaissance de la médecine et de la chirurgie. Ce serait vous faire perdre du temps et rabaisser votre intelligence que de produire des arguments en faveur d'une proposition aussi claire. Dans un siècle où les connaissances sont si facilement acquises, si universellement répandues et les moyens de s'instruire si nombreux, il est inutile de vous prémunir contre l'exemple de ceux, à qui la paresse et la vanité font croire qu'ils pourront suivre avec honneur la carrière du médecin et celle du chirurgien, sans avoir acquis ces deux sciences préliminaires. Que l'étudiant dans la salle de dissection, le scalpel à la main, observe la forme, l'état général, la position relative des organes qui entrent dans la construction du corps humain, qu'il en fasse une analyse minutieuse, qu'il effile en quelque sorte chaque fibre des tissus dont ces organes sont composés, qu'il tire parti alors des cours qu'il aura suivis et des livres qu'il aura lus; qu'il profite de ses propres moyens, de ses observations, de ses réflexions, pour comprendre les différentes fonctions de ces organes, et les relations qui existent entre eux, et que des connaissances ainsi acquises soient la base sur laquelle il érige l'édifice de la science pathologique et chirurgicale.

Mais dans cette première leçon, je voudrais appeler votre attention sur d'autres sujets. Au commencement de vos études, il est juste que vous désiriez connaître quelle est la nature de vos devoirs envers la société, et envers vous même; quelles sont les qualités intellectuelles qui vous mettront plus à même de réussir dans la carrière que vous commencez et que vous devez spécialement parcourir? Quels sont les avantages et les désavantages de la profession que vous aurez embrassée.

Messieurs, il n'y a point de profession dans laquelle on se repose davantage sur l'honneur et l'intégrité de l'individu que dans la nôtre, et conséquemment nous sommes tenus de remplir fidèlement toutes les règles de la morale et de la discipline la plus rigide. Que de choses se passent, qui ne sont connues que du médecin et du malade! Dans la majorité des cas le malade ne peut juger de la convenance de ce qui se fait ou se dit;

admis dans l'intérieur des familles, connaissant les affaires privées qui doivent être ignorées des étrangers ; voyant sans cesse la nature humaine accablée par l'affliction, les enfants donnant des soins à leurs parents malades, les parents tremblant pour leurs enfants, attendant avec anxiété une lueur d'espérance, rendus malheureux par un regard ou une parole indiscrète, crédules par inquiétude ; que d'occasions n'avons nous pas pour cultiver les inclinations qui nous portent à la vertu !

Aussi combien il est facile à un être égoïste et sans principes de profiter de sa position pour tirer parti des inquiétudes, des craintes, des espérances, de la crédulité des malades, de leurs parents, de leurs amis, et de les faire tourner à son propre avantage. Mais que ceux qui trahissent ainsi la confiance qu'ils inspirent comme praticiens, soient flétris de honte ! Ce sont des traitres à la cause commune ; car la réputation de notre profession nous appartient et chaque tache est une injure personnelle, puisqu'elle diminue l'estime qu'on nous porte, et nous place dans un rang inférieur de la société dont nous faisons partie.

Toutefois en songeant à ce que nous devons à la société, il ne faut pas perdre de vue, ce que nous devons au corps des médecins. Dans des limites données, chaque individu parmi nous peut influencer le public sur le caractère et la conduite de ses confrères. Des hommes ignorants ou envieux, trouveront souvent l'occasion d'obtenir les louanges, les récompenses dues au mérite d'un autre praticien. La franchise et la générosité sont le partage de la jeunesse, et j'aime à croire qu'aucun de mes auditeurs ne s'abaisserait au point d'avoir recours à des moyens ignobles, pour arriver à se faire connaître. Messieurs, puissent les sentiments honorables que la nature et l'éducation ont fait germer dans vos cœurs, s'accroître avec les années ; que la prospérité quelque grande qu'elle soit, ne les fasse jamais avorter : continuez à les cultiver à l'ombre même des revers non mérités, qui pourraient vous atteindre dans votre carrière médicale ! Que le beau principe de moralité chrétienne qui vous ordonne de faire aux autres, ce que vous voulez que l'on vous fasse, s'applique à toutes vos actions publiques et privées. Ceux dont la vue s'étend au-delà du présent et qui veulent un résultat, reconnaîtront bientôt que la bonne conduite et le succès marchent ensemble. Celui qui est devenu habile et savant dans sa profession, lorsqu'il a fidèlement rempli ses devoirs envers le public et ses confrères, celui-là a rarement à se plaindre de la

fortune ; car il est sûr de réussir avant d'arriver à la fin de sa carrière. Dans ses derniers jours, l'amitié de ses confrères, le respect et l'estime du public embellissent la fin de sa vie, qui, dans d'autres circonstances serait la période la plus triste de son existence.

Messieurs, si dans les maladies nous n'avions à étudier que les changements, les altérations matérielles et l'application des remèdes les plus convenables, notre art offrirait peu de difficultés; mais il n'en est pas ainsi ; chez les individus sur lesquels nous exerçons cet art, nous trouvons non-seulement un corps, mais une ame douée de sensations, de passions et de préjugés : souvent le jugement est affaibli, les sensations sont plus fortes et les préjugés augmentés par l'influence des maladies, par l'insomnie des nuits, par de longues et cruelles journées, par l'inquiétude et la douleur. L'intérêt d'autrui et notre propre satisfaction exigent qu'en étudiant les fonctions du corps, nous ayons égard à l'action du cerveau. Les causes morales et les causes physiques ont leur influence sur les malades, et le traitement doit être appliqué selon l'état de la constitution morale, la position et l'entourage de l'individu. Mais pour avoir de l'empire sur les autres, il faut d'abord en avoir sur soi; Γνωτι σεαυτον, connais toi toi-même : cette maxime écrite sur l'entrée du temple d'Apollon semblait être une exhortation à tout le genre humain, et peut avec raison être adressée principalement aux membres de la profession médicale.

Il serait sans doute étonnant, si nous, qui sommes accoutumés aux scènes déchirantes de l'affliction, contemplant sans cesse la nature humaine en proie aux souffrances les plus cruelles, si dis-je nous étions aussi péniblement affectés par ces malheurs que les gens du monde. S'il en était ainsi, le cœur serait brisé, la tête et les mains se refuseraient aux devoirs qu'elles sont appelées à remplir ; mais en avançant en âge, nous ne conservons point cette sensibilité exquise appartenant à notre jeunesse, alors que la vue d'une opération longue et pénible, nous faisait trouver mal ; ou qu'un malade tombant sous l'influence d'une maladie horrible et dégoûtante nous donnait des nausées ; gardons-nous cependant d'un excès contraire, et ne devenons pas insensibles aux malheurs d'autrui.

Il n'y a rien, certes, dans nos occupations qui puisse agir sur notre moral au point d'anéantir nos plus beaux sentiments : si cela était il faudrait chercher à détruire une influence aussi funeste.

Je n'hésite pas à affirmer que celui qui pourrait contempler avec indifférence les nombreuses calamités occasionées par les maladies, est indigne de la confiance qu'un praticien doit inspirer. Les bons principes quoique indispensables, ne suffisent pas : des qualités douces sont nécessaires pour faire apprécier les bonnes intentions, sans lesquelles cette inquiétude qui nous porte à veiller sur le moindre changement dans une maladie dangereuse et à faire attention au plus petit détail du traitement médical et chirurgical, ne saurait exister.

Qu'est-ce qui distingue l'homme ordinaire de celui qui a reçu les bienfaits de l'éducation, si ce n'est que l'un est l'esclave des passions seuls motifs de sa conduite; tandis que l'autre est, ou doit être soumis au pouvoir de son intelligence. Il faut surtout que le médecin ait de l'empire sur lui-même, les occasions qui exigent l'exercice de cette faculté ne se présentent pas seulement tous les jours, mais à toute heure.

L'être qui souffre sans relâche, dont la patience est épuisée par une maladie prolongée, peut quelquefois se montrer insensible aux bontés de ses meilleurs amis, et recevoir leurs nombreuses attentions sans en témoigner la moindre reconnaissance; il peut même les repousser avec dureté, mais loin de se fâcher et de montrer de la mauvaise humeur, que la pitié soit le seul sentiment que fasse naître une conduite dont la maladie seule est la cause. Nous devons ce sentiment aux souffrances de la nature humaine, nous le devons à nous même, sans quoi nous pourrions nous croire sans cesse outragés.

La même indulgence doit exister pour ceux qui par inquiétude sur leur état propre, ou celui de leurs parents et amis sont portés à nous tracasser par un nombre infini de questions triviales auxquelles on ne peut répondre. Il vous est permis d'être réservés dans vos communications ; et rappellez-vous qu'en perdant votre sang froid, vous perdez aussi votre influence sur votre malade, et vous vous exposez aux attaques de la calomnie, et de la malignité. En rapport avec la société entière, et cette société étant composée d'individus ayant tous des caractères différents, il s'en trouvera dans le nombre qui récompenseront vos soins au-delà de ce que vous avez droit d'attendre ; mais vous en trouverez aussi, qui, soit par ignorance, ou par les fausses représentations d'autrui, ou par leur propre malveillance, se comporteront mal avec vous : on vous blâmera tandis que vous mériterez des louanges, on vous accusera des maux

qui sont le résultat inévitable des événements, ou vous accusera de négligence, on se plaindra de quelques fautes sérieuses, et cependant aucune erreur n'aura été commise. Loin d'avoir été négligent, vous aurez montré du dévouement, vous aurez enfin rendu les plus grands services. Mais l'ingratitude n'est pas seulement le partage des médecins, c'est celui de tous ceux qui exercent une profession qui les met en rapport avec le monde en général. Loin de moi la pensée de vous engager à compromettre la dignité de votre profession en vous soumettant tranquillement à une injure quelconque; je veux seulement vous prémunir contre une susceptibilité qui pourrait fournir des armes contre vous même, et dont des gens mal intentionnés ne manqueraient pas de profiter. Soyez préparés d'avance à ces désagrements lorsque vous commencerez votre carrière, non parce qu'ils arrivent souvent, c'est le contraire; mais dans les circonstances dont je viens de parler, faites ce qui dépendra de vous pour qu'un sentiment de mépris et d'indifférence tienne lieu de colère et de reproches.

On parle souvent du bon ton d'un médecin; j'avoue qu'on parait attacher trop d'importance à ce sujet : il est vrai que la tenue d'un médecin ou d'un chirurgien doit jusqu'à un certain point correspondre avec le rang de la société dans laquelle il se trouve appelé; il est vrai qu'il est essentiel pour le bien être et la satisfaction du malade et du praticien, que le premier ait confiance dans l'habileté et les connaissances du dernier. Il est vrai aussi que des manières brutales et grossières, qui sont toujours choquantes doivent l'être davantage chez un médecin, et que personne ne peut être content des visites d'un homme qui paraît peu se soucier du bon ou du mauvais résultat des maladies qu'il traite. Ces observations nous mènent à une règle de conduite fort simple. Ne perdez jamais l'occasion d'acquérir des connaissances, car le savoir vous fera avoir confiance en vous-même, et de cette manière vous ne pourrez manquer d'en inspirer aux autres. Il est du moins impossible d'avoir recours à d'autres moyens pour atteindre ce but. Un ignorant peut, il est vrai, en imposer par son silence et ses regards sérieux, mais la déception n'est jamais de longue durée, le masque tombe tôt ou tard, et les explications, les subterfuges ne servent qu'à rendre l'ignorance plus frappante. Il est essentiellement nécessaire qu'un praticien ait le plus grand désir de faire tout ce qui dépendra de lui pour obtenir la guérison de son malade : il ne doit rien

négliger qui puisse lui être utile; des paroles seules ont peu de valeur; elles sont en quelque sorte trop transparentes pour qu'on ne puisse voir à travers, si elles ne sont accompagnées de soins actifs; si ces soins existent, beaucoup de paroles sont inutiles. A mon avis vous aurez les connaissances et l'habileté nécessaires dans votre état, si vous possédez un sentiment de bonté pour votre malade, accompagné du désir de faire tous vos efforts pour le soulager, vos manières doivent alors peu vous inquiéter elles se formeront naturellement. Adopter un artifice peu honorable serait abaisser la dignité de notre état. Que l'on remarque aussi que des manières naturelles, sont presque toujours agréables; tandis que des manières acquises et affectées ne peuvent manquer de déplaire. Dans ces occasions comme dans toute autre, c'est une grande faiblesse que d'imiter les manières d'autrui. Un homme d'une taille élevée qui porterait l'habit d'un homme moins grand, n'est certes pas aussi ridicule, que celui qui prend le ton et les manières d'un caractère différent de celui qui lui est propre.

Je puis ici sans diversion appeler votre attention sur un sujet auquel nous amènent les considérations précédentes. Nous sommes appelés dans la majorité des cas pour donner notre opinion, soit aux parents, soit aux amis du malade, sur la nature de la maladie, et sur sa terminaison probable. Ce devoir de notre profession demande de notre part un grand discernement, et les plus sérieuses considérations. Il est évident qu'il y a des cas compliqués qui exigent une investigation attentive et minutieuse; il peut arriver d'abord telle circonstance qui fasse incliner votre opinion dans un sens, et telle autre plus tard qui vienne la rectifier, ou la contredire, et malgré cela vous pouvez encore n'être pas sûr de la justesse de votre diagnostic, si ce n'est après bien des doutes et des hésitations. Il faut bien se garder de communiquer cet embarras à votre malade; le malade n'a aucun intérêt dans vos hésitations, mais seulement dans le résultat définitif de vos pensées et de vos observations. Il serait très imprudent de penser tout haut dans ces occasions comme dans toutes les circonstances, car ce serait plonger le malade dans l'inquiétude et la crainte, ou diminuer et détruire même la confiance que vous désirez trouver en lui. Vous ne devez rendre compte à personne de ce qui se passe dans votre esprit, jusqu'à ce que votre investigation soit complète; alors donnez votre opinion clairement, dégagée autant que possible d'expres-

sions techniques, afin d'être aisément compris; votre sens intime vous indiquera assez dans quel cas vous devez ou non expliquer les motifs sur lesquels votre opinion est fondée. Il me semble que vous ne devez pas hésiter à déclarer votre pensée sur l'état d'un malade, et lui faire connaître votre opinion sur sa position actuelle, et ce qu'il peut espérer de l'avenir. Peu de circonstances vous permettent de vous écarter de la vérité. Il est essentiel pour le malade et pour vous même que vous lui inspiriez une confiance pleine et entière; mais quelle foi peut-il ajouter à ce que vous lui dites, s'il sait par expérience que vous l'avez trompé? Ensuite en représentant les choses autrement qu'elles ne sont, il vous sera impossible dans le cours d'une longue maladie de ne pas vous contredire. Cependant il y a des cas ou vous ne pourriez sans indiscrétion dévoiler à votre malade tout ce que vous savez; par exemple, une personne affectée d'une maladie grave et aiguë, connaissant l'étendue du danger aurait moins de chance de guérison à cause de l'influence que la crainte aurait sur son esprit. Si vous êtes consulté par un malade ayant une affection chronique que vous savez être incurable et qui malgré tous les secours de l'art doit avoir une terminaison fatale quoiqu'elle n'arrive que lentement; vous êtes rarement, je puis même dire qu'il ne vous est jamais permis de lui faire connaître toute l'étendue de son malheur; l'effet d'une pareille révélation peut être plus fâcheux sur les uns que sur d'autres; mais le plus souvent ceux qui ont toujours joui d'une bonne santé, qui sont d'un caractère enjoué seront plus péniblement affectés que ceux qui ont été en quelque sorte préparés par des attaques de maladies aiguës, ou des maux constants qui ne sont pas grands; cependant tout homme sera cruellement frappé en apprenant subitement qu'il a une maladie dangereuse qui doit le conduire au tombeau. Ne vous laissez donc pas tromper par les représentations des malades; ceux qui vous disent: je désire connaître ma position, si vous me dites que je dois mourir demain, j'y suis préparé, sont souvent ceux qui sont le moins à même de recevoir une communication semblable. Remarquez bien que je parle à présent de la conduite que vous devez tenir quand vous êtes premièrement consulté, ou que vous ne doutez pas du danger. Vous devez ensuite agir selon les circonstances, et l'esprit de l'individu. Il peut être d'une importance majeure pour sa famille qu'il connaisse le danger qui le menace, afin qu'il puisse mettre ordre à ses affaires d'intérêt. Il peut

aussi s'être habitué à la pensée de la mort, et l'attendant pour mettre fin à ses souffrances, en recevoir la nouvelle plutôt avec satisfaction qu'avec crainte. Dans un cas semblable, il ne faudrait pas chercher à dissimuler, ce qui serait ou inutile, ou consolant. Mais il y a des personnes qui jusqu'au dernier moment espèrent encore, et qui recueillent avec reconnaissance un regard ou une parole qui semble indiquer le moindre heureux changement. Il faut alors étudier le caractère des malades et se rappeler que lorsqu'on ne peut guérir le corps, on peut consoler l'esprit sans cependant s'éloigner de la vérité ; ainsi laissez passer ce qui indique un changement fatal, et attirez l'attention sur le mieux quelque faible qu'il soit, mettant assez d'adresse dans la conversation pour ne point répondre directement à des demandes qui feraient nécessairement connaître le véritable état du malade. Un de nos devoirs les plus importants et les plus pénibles est la direction d'une maladie chronique ou incurable. Au commencement de ma carrière il me semblait qu'il n'était ni juste, ni conciencieux de continuer à donner des soins dans des circonstances semblables à celles que je viens de décrire, c'est-à-dire lorsque les secours de l'art sont inutiles. Aujourd'hui ce n'est plus ma pensée ; on peut ordinairement adoucir les souffrances, lors même que l'on ne peut rendre des secours plus marquants, l'on peut soulager, tranquilliser et même relever un cœur prêt à se briser, et il est dans la nature humaine de chercher des consolations jusqu'au dernier soupir. Si vous vous retirez ayant la conviction que vous ne pouvez être utile, un autre pourra s'introduire par de vaines promesses et faire beaucoup de mal. Un praticien honorable et bien intentionné, peut donc empêcher un être souffrant de tomber entre les mains d'un empirique et d'un imposteur. Je me plais à croire que plus tard vous ne trouverez pas que j'ai occupé votre temps inutilement en attirant votre attention sur des circonstances intimement liées avec votre conduite médicale. En agissant ainsi, soyez assurés que je n'ai pas été influencé par des vues théoriques.

Les remarques que j'ai faites m'ont été suggérées par la considération sérieuse de ce qui s'est passé sous mes yeux dans le courant de ma pratique. Tout en donnant à ces recherches l'importance qu'elles méritent, il faut reconnaître que l'étude de l'histoire, des symptômes et du traitement des maladies, est bien plus importante, ce qui nous mène à un autre sujet.

Quelles sont les habitudes et les qualités de l'esprit les plus utiles pour acquérir des connaissances chirurgicales et en faire l'application dans la pratique? Vous vous apercevrez bientôt que des personnes dont la tournure d'esprit est très différente, peuvent cependant atteindre le même degré de réputation et d'honneur ; aucun individu ne doit se désespérer parce qu'il reconnaît ne point posséder quelques-unes des qualités qui ont servi à l'élévation d'un autre praticien. Dans le barreau nous avons vu la forte intelligence de Thurlow, et le génie et l'imagination d'Erskine, offrir à l'un et à l'autre les moyens de s'élever au même rang, et dans notre état ce qu'un individu parvient à faire par une sagacité supérieure, un autre peut l'accomplir en y mettant plus d'application et de soin, ou par un plus grand développement des facultés de la pensée et de la réflexion. Néanmoins si par une licence poétique, nous tracions le portrait idéal d'un individu plus que tout autre apte à comprendre les sciences et la pratique de notre art, nul doute qu'il serait représenté doué de nombreuses qualités intellectuelles ; et quoique nous soyons portés à créer en idée ce que tous les efforts humains ne pourraient jamais réaliser, cependant il peut être avantageux dans la carrière médicale de nous comparer, non avec ceux que nous voyons tous les jours, mais avec ce praticien d'une perfection idéale. Ce sera non-seulement le meilleur remède contre la vanité et l'amour propre, mais cela nous fournira l'occasion de découvrir en quoi nous manquons, et quelles sont en nous les facultés et les pouvoirs de l'esprit qui ont le plus besoin d'être exercés et d'acquérir de la force. Une des qualités les plus nécessaires c'est l'habitude d'observer avec une attention minutieuse les faits individuels. Il faut veiller sur les moindres changements dans les progrès d'une maladie, suivre et noter l'action des remèdes comme aussi il faut noter avec soin tout ce que l'autopsie cadavérique révèle après la mort. Certaines personnes sont douées de la faculté de perception à un plus haut degré que d'autres, chez les premiers la négligence peut diminuer cette faculté, chez les derniers la culture peut l'augmenter. Il y a des maladies où il ne faut que ce que je viens de décrire pour les comprendre, et cela suffit pour connaître leur diagnostic, leur traitement, par exemple, les fractures, les luxations, les blessures des muscles et des tendons, les exostoses et autres maladies externes qui ne sont pas liées à un

dérangement général du système; mais dans les cas de difficulté ou la maladie interne n'est pas de suite reconnue par les sens, ou lorsqu'elle dépend d'une affection constitutionnelle, il faut de plus hautes facultés; il faut trouver la ressemblance qui existe entre les maladies, et en même temps remarquer en quoi elles diffèrent, il faut comparer les symptômes présents avec l'histoire du passé, il faut réflechir, raisonner, et peser les probabilités. C'est la facilité de calculer justement et promptement les probabilités qui dans notre carrière comme dans les affaires usuelles de la vie, constitue le jugement, et il est inutile d'ajouter dans combien de circonstances où il faut des preuves positives et convaincantes ce pouvoir a besoin d'être exercé.

Cette faculté créatrice qui combine, abstrait et perçoit les relations et analogies éloignées, que nous nommons génie, peut n'être pas nécessaire pour obtenir la connaissance de ce qui est déjà connu, ni pour l'exercice judicieux des règles établies de la chirurgie : mais qu'elle ne soit pas rejetée comme inutile et sans résultat, car elle peut jeter non-seulement des lumières sur les cas rares et dangereux, mais aussi sur les moins importants et les plus ordinaires. N'était-ce pas le génie de Hunter, qui d'abord jeta un discrédit sur les doctrines mécaniques et chimiques qui prévalaient dans les écoles médicales et qui donna lieu à l'établissement de cette nouvelle philosophie dans laquelle tous les perfectionnements et toutes découvertes appartenant à la médecine et à la chirurgie, ont pris leur origine.

Qu'on ne considère pas l'attention, la persévérance, l'application comme des qualités secondaires, elles sont compatibles avec le génie le plus élevé, et le véritable génie ne peut sans elles parvenir à rien de supérieur.

Si vous n'avez pas le pouvoir de tenir votre attention fixée pendant un certain temps sur un sujet, vous n'êtes pas propre à l'investigation d'une maladie compliquée. Prenez garde d'habituer votre esprit à passer légèrement d'un sujet à un autre. La règle que vous devez vous imposer en toute occasion, c'est de fixer votre attention toute entière sur le sujet qui est sous vos yeux, et de ne point la diriger ailleurs jusqu'à ce que vous l'ayez examiné dans tous les sens, et jusqu'à ce que vous l'ayez parfaitement compris.

Je n'ai pas besoin de vous dire que la présence d'esprit et le sang froid si importants dans toutes les circonstances, le sont bien davantage dans les opérations chirurgicales. Sans aucun doute,

ces précieuses qualités dépendent beaucoup de la constitution physique de l'opérateur, et ce qui est aisé pour l'un sera quelquefois difficile pour un autre. Cependant la base la plus solide sur laquelle reposent ces qualités c'est la confiance qui résulte du vrai savoir, tandis que la confiance qui nait de l'insensibilité et de l'ignorance est pire que la timidité ?

Il est possible qu'à la vue du tableau que je déroule à vos yeux, le cœur manque à quelques-uns d'entre vous, surtout si vous considérez l'étendue des connaissances qu'il faut acquérir pour pratiquer l'art de guérir. Connaître et comprendre la structure du corps humain et ses fonctions à l'état de santé ; connaître et comprendre les variétés nombreuses des maladies et l'action des remèdes ; apprendre à contrôler ses propres sentiments et sa conduite ; étudier et connaître le cœur d'autrui ; tout cela diront-ils, c'est beaucoup trop pour un seul individu. Et cependant faudra-t-il se décourager et chercher une profession moins difficile et moins pénible ?

Messieurs, il n'y a pas de profession libérale et savante dont les différents devoirs considérés en détail ne puissent donner lieu à une pareille observation de la part d'un jeune adepte. Mais apprenez que l'on ne s'attend pas à trouver des hommes parfaits en conduite et en savoir en entrant dans une carrière. C'est l'ouvrage, et ce doit être le grand objet de la vie d'un homme, et le but qu'il serait impossible d'atteindre dans le court espace de quelques mois, nous pouvons l'atteindre par un travail constant et des efforts continuels pendant plusieurs années successives.

Si le temps me le permettait, je pourrais beaucoup dire en faveur de la profession que vous avez choisie ; y a-t-il une science plus instructive, plus intéressante, plus sublime et qui étende autant l'intelligence que celle qui traite des phénomènes de la vie ? La connaissance de ces phénomènes n'est-elle pas la base de tout savoir médical et chirurgical ? Plus que toutes les professions, la nôtre, n'élève-t-elle pas au plus haut point l'indépendance de l'homme ? Le public, ou cette portion du public laquelle vous appartenez sera votre patrie ; remplissez vos devoirs à son égard ; ne perdez jamais l'occasion d'étendre le cercle de vos connaissances ; pratiquez votre art avec honneur, et vous n'aurez jamais l'occasion de ramper et de vous abaisser afin de vous attirer une faveur quelconque. Vous marquerez vous-même votre place dans la société ; et certainement

vous ne vous sentirez jamais inférieur à ceux qui, se reposant sur les avantages d'un rang artificiel, ou sur des biens héréditaires, passent leurs jours dans des occupations frivoles, et semblent croire que nés pour eux seuls, ils ne doivent pas contribuer par leurs efforts à améliorer la condition de l'espèce humaine.

Encore une observation, Messieurs; on peut dire de notre profession que différente de beaucoup d'autres, elle a pour constant et unique objet de faire du bien à autrui. L'avocat plaide pour et contre; le soldat s'engage à aller partout où on l'envoie pour détruire la vie de ceux dont il ne reçut jamais d'injures; le médecin et le chirurgien seuls ont la noble et généreuse mission d'adoucir les afflictions et de prolonger l'existence de leurs semblables.

OBSERVATIONS SUR UN NOUVEAU SIGNE DIAGNOSTIC DES ADHÉSIONS PÉRITONÉALES,

Par Richard BRIGHT.

Les hommes de l'art doivent accueillir avec empressement tout progrès, quelque faible qu'il soit, dans le diagnostic, car malgré les détracteurs des découvertes modernes il est impossible de ne pas reconnaître, que c'est à la science du diagnostic, que la médecine devra sa plus grande précision, que le medecin connaîtra le temps favorable pour agir, ou pour s'arrêter, et qu'il pourra en quelque sorte appliquer ses remèdes avec sûreté. On a dit en parlant des opérations chirurgicales, que le chirurgien devait voir à travers les tissus, que les tissus et les différentes parties d'un organe devaient être transparents. Certes on peut dire la même chose pour le médecin. Il n'y a peut être pas un seul cas ou le médecin puisse se passer du diagnostic, car les symptômes ne sont en réalité que les fils conducteurs qui doivent y mener. Il y a encore trop de conjectures dans la médecine pour que les meilleurs esprits ne s'efforcent pas d'en diminuer le nombre.

Le diagnostic est en réalité la branche la plus importante de l'art de guérir, c'est la base du pronostic et d'une thérapeutique rationnelle. La substance des observations du docteur Bright, se retrouve dans ce passage que nous traduisons.

« Il me suffira d'établir comme une préface aux observations que je citerai, ce que j'ai observé dans plusieurs occasions :

Lorsque les circonstances de la maladie ont rendu probable que des adhérences peuvent s'établir entre les viscères et le péritoine de l'abdomen, le toucher perçoit une sensation particulière, qui varie entre celle de la crépitation produite par l'emphysème et celle que donne un cuir neuf, que l'on plie dans la main, et dans les cas que je rapporte dans mon mémoire, j'ai eu occasion de découvrir par l'examen après la mort que des adhérences existaient dans les parties même ou cette sensation était perçue; tandis que dans tous les cas où je n'ai pas observé ce phénomène, je me suis assuré que cet état morbide n'existait pas. Je suis ainsi conduit à penser que les mêmes adhérences ont pu exister dans les cas même où je n'ai pu faire l'autopsie cadavérique. »

Le docteur Bright rapporte huit cas trop prolixes, pour que nous puissions les insérer. Nous rapporterons l'observation suivante.

« En avril 1832, je fus appelé en consultation avec le docteur Pidduck et le docteur James Clarck, pour un individu qui après une grave maladie, était sujet à une ascite, existant depuis deux mois d'une manière très décidée. Je crois inutile d'entrer dans les circonstances minutieuses de ce cas; il suffit de dire que la paracenthèse fut jugée nécessaire, et que M. G. Babington en retira à peu près quatre *gallons* d'un liquide séreux, pâle, clair, couleur de paille. Quinze jours après, la même opération eut lieu; on retira trois gallons de liquide, mais plus jaunâtre que le précédent. Deux jours après la seconde opération, je notai *une légère sensation de crépitation que l'on percevait distinctement sur la partie correspondante au foie et à l'épiploon*; ce signe ne fut sensible que pendant deux ou trois jours, il diminua et ne fut plus distinct.

Dix jours après on retira sept litres d'un fluide clair, et quoique l'abdomen parût vide, il ne diminua point de volume et l'on sentait distinctement une dureté vers la partie correspondante au lobe gauche du foie, laquelle était attribuée à des rides ou plis formés par l'épiploon. Six semaines après on réitera la ponction, et l'on obtint un gallon de fluide d'une couleur claire.

Après cette opération le fluide cessa de s'accumuler, mais en juin 1834 le malade mourut.

Autopsie. Tout l'abdomen est couvert de graisse ayant près de deux pouces dans certains endroits. On trouve deux pintes de liquide dans la cavité abdominale. *Le colon et le péritoine étaient adhérents en masse sur les parois de l'abdomen*, le foie était

sous les côtes, caché d'abord par une masse de graisse ridée par le péritoine et par des matières adhésives. Quand le foie fut retiré en bas, une couche de substance dure et cartilagineuse qui couvrait son lobe droit, s'en sépara. Les intestins grêles ne présentaient pas d'adhésion. Le foie était petit (*Médic. chirur. transactions*).

Il est à remarquer que cette *crépitation* qui peut être considérée comme un symptôme d'adhérences abdominales, n'existe que pendant un certain temps et qu'elle est transitoire. Cette *crépitation* paraît n'appartenir qu'à une certaine période de la formation des adhérences, probablement avant que la contraction des nouvelles fibres formées ait lieu. Le public médical est maintenant en possession de cette découverte diagnostique, c'est à lui d'en déterminer désormais l'exactitude et la valeur.

Le docteur Piorry parle dans ses leçons cliniques et dans son ouvrage sur la *percussion* d'un certain frémissement, qu'il regarde comme indice d'hydatides, dans les maladies du péritoine.

« La sensation que le doigt éprouve et qui accompagne le bruit, peut, dit-il, être entièrement comparée à celle que donne une montre frappée sur la surface opposée au verre. » Dans un autre passage de son ouvrage, il dit encore : « Il est un son singulier que je n'ai observé que très rarement. Il est impossible de rendre par les mots la sensation qu'il donne. Elle semble se rapporter à la fois au doigt qui percute et à l'oreille qui l'écoute; le doigt éprouve une sorte de résistance élastique, qui le repousse et cela plusieurs fois de suite; l'oreille perçoit un son qui ressemble au bruit humorique, quoiqu'il en diffère sous quelques rapports. Tout porte à croire que dans le cas que j'ai observé, il s'agissait de tumeurs hydatides. »

Il est de toute justice de reconnaître que la *crépitation* péritonéale annoncée par le docteur Bright, a été soupçonnée par M. Piorry. Ce dernier rapporte avoir rencontré ce frémissement que l'on pourrait prendre pour la *crépitation* de Bright, chez un malade du professeur Fouquier; mais ne l'ayant rencontré qu'une fois et ce bruit ne s'étant pas manifesté les jours suivans, M. Piorry l'a attribué à une erreur de sensation. Une seule chose peut nuire à ce rapprochement de M. Piorry et de Bright, c'est ce bruit comparé à une montre frappée sur la surface opposée au verre, il faudra sans doute un peu de bonne volonté pour appeler ce bruit une crépitation; mais ne tenons pas à la lettre; si M. Piorry a parlé du bruit comparé à une montre

frappée sur la surface opposée, il a parlé aussi du frémissement. Quoiqu'il en soit, ce fait, observé par M. Bright, est du domaine de M. Piorry, nul doute que cet observateur zélé ne soit des premiers à confirmer les observations du docteur Bright.

HOPITAL DE MIDDLESEX.

LEÇONS PRATIQUES SUR LE TIC DOULOUREUX.

Par sir CHARLES BELL.

Avant de quitter cet hôpital, mon intention est de faire quelques remarques pratiques; c'est une habitude que j'ai suivie depuis vingt ans que je professe : c'était mon premier devoir et ce sera mon dernier envers les élèves de cet hôpital.

On éprouve un plaisir indéfinissable à se rappeler le succès d'un traitement dans des maladies accompagnées de douleurs cruelles. Jeudi dernier nous avons revu un malade (Charles Delafield) auquel plusieurs de vous s'intéressaient l'été dernier. Quand il s'offrit à nous pour la première fois, il avait un air digne de compassion, sa tête était recouverte d'un bonnet de nuit et de rouleaux de flanelle qui cachaient presqu'entièrement un visage pâle et défiguré par la douleur ; voyant en lui un sujet digne de pitié, je lui donnai une lettre et l'engageai à entrer à l'hôpital, il exprima sa reconnaissance, mais disait-il, il n'osait y entrer, car il lui était impossible de rester dans un lit et il n'éprouvait de soulagement à sa douleur que par un travail continuel, il était menuisier en bâtiments. Son mal était un *tic douloureux* de l'espèce la plus terrible, celui qui se fixe au centre de la joue ; il se manifestait avec la rapidité de l'éclair. J'épuisai mon petit catalogue de remèdes, et toujours le malheureux revenait, non pas de semaine en semaine, mais de jour en jour, offrant une étude digne du peintre qui aurait voulu représenter le dernier homme, ou l'homme dans le désespoir.

Quelques semaines s'écoulèrent. Un matin, tandis que j'étais entouré des malades externes, cet homme n'attendant pas son tour s'élance au travers de la foule en s'écriant qu'il était guéri, nul doute qu'il en agît ainsi d'après sa confiance dans l'intérêt que tous avaient pris à ses souffrances. Je ne me souvenais pas de ce que je lui avais donné, mais en regardant sa carte j'y trouvai la prescription suivante :

R. Ol. tiglii croton. . . . . gtte. j.
Mas. pil. colocynth . . . . . ʒ j.
Misce et fiant pil. XII.
Mitte pil. galban comp. XII.

Une pillule purgative et deux pillules gommeuses à prendre tous les soirs en se couchant.

Les pillules opérèrent promptement et d'une manière assez violente; mais il y persista, attendu que la douleur l'avait quitté, et que sa physionomie avait pris l'apparence d'un mieux étonnant, sans doute par suite du sommeil qu'il recouvra et par l'absence des douleurs.

Avant de continuer, je ramènerai votre attention, sur la pathologie de cette maladie, et je répéterai ce que je vous ai déjà dit. Il m'a paru surprenant, que les auteurs aient omis de se baser sur l'anatomie des nerfs qui conduit si directement à une explication suffisante des signes de cette maladie. Nous avons vu que le nerf sympathique consiste en un système de nerfs qui se répandent partout et ne possédent ni sensibilité ni pouvoir sur les muscles volontaires. On reconnaît néanmoins, qu'il a les fonctions importantes de gouverner et combiner toute l'économie du système et son centre occupe les viscères abdominaux; mais c'est précisément parce qu'il n'offre pas les mêmes phénomènes que les autres nerfs, que nous devrions présumer que, puisque ce système ressemble en structure aux nerfs de la sensibilité et du mouvement, il doit avoir une influence puissante quoique cachée.

J'ai eu soin de vous démontrer que les rapports de ce nerf, ou de ce système (si vous voulez), sont universels; mais que d'après la manière habituelle dont on le démontre, nous sommes plutôt conduits à donner plus d'attention à celles de ses branches qui s'étendent jusqu'au cerveau, quoiqu'elles ne soient pas plus grosses ni sans doute plus importantes que celles qui s'étendent au *plexus axillaire* ou au nerf sacro-ischiatique.

Devons-nous admettre ou nier que les affections intestinales ou l'irritation des viscères aient assez d'influence pour produire des douleurs externes, des paralysies locales, ou des spasmes partiels. Il n'est pas de praticien qui nie cette influence. Une fois ce point accordé, la ligne de rapport sera bientôt établie en anatomie.

Je pense que nous ne nierons pas davantage l'effet de l'influence et du mélange des nerfs internes avec ceux qui vont aux parties externes et très sensibles; et que d'après ces

rapports, les douleurs externes deviennent pour nous les signes de maladies internes, ou plus fréquemment d'irritation et de dérangement des fonctions.

Avançons encore d'un pas dans ces recherches, le cinquième nerf est le plus sensible de tous; les sensations qu'il procure, sont plus grandes que celles produites par aucun des autres. Il est aussi le siège de la douleur la plus vive.

Une fois convaincu de ces faits et en considérant les rapports du nerf sympathique, au moyen d'une branche étendue et directe avec la seconde division du cinquième et les liaisons quoique moindres, de ce même nerf avec toutes ses branches, nous n'avons certainement pas besoin de chercher plus loin l'explication du rapport fréquent et intense des douleurs faciales avec l'état des organes digestifs.

Il est assez remarquable que M. Abernethy qui a tant fait pour diriger l'attention des praticiens sur l'influence que les intestins et l'estomac exercent dans les affections locales, ait abandonné le terrain au moment du triomphe du principe, je veux parler de cet endroit de son ouvrage où il dit : j'ajouterai seulement que le tic douloureux me parait être une maladie tout aussi constitutionnelle que la goutte, ou le rhumastisme; et qu'un traitement constitutionnel me parait devoir réussir dans ce cas, tout aussi bien que dans toutes les affections nerveuses en général.

Certainement le simple usage des pillules bleues et des potions amères quoiqu'elles puissent soulager, ne guérira pas l'affection douloureuse du grand nerf de la face, mais considérez la longueur du canal intestinal : et surtout considérez combien diversement les portions distinctes de ce canal, reçoivent l'action des différents médicaments; ce fait n'indique-t-il pas une distinction dans des portions du canal intestinal, qui lors d'un dérangement peut affecter de diverses manières des parties éloignées. J'avoue que j'ai depuis longtemps cette opinion, et quoique les moyens ordinaires pour soulager un mal de tête, une migraine ou un clavus, échouent dans ce point, cependant nous ne devons pas désespérer de trouver un purgatif qui ayant des effets et une propriété particulière, atteigne le siège de cette irritation et agisse par conséquent sur le tic douloureux, et quel est le plus probable si ce n'est l'huile de croton dans une combinaison convenable? C'était d'après cette conviction que je la prescrivis.

Mais revenons au résultat de l'expérience. Depuis l'époque où Delafield parut tout-à-coup au milieu de nous, semblable à

celui qui vint arracher le rideau de Priam, j'ai guéri quatre *tic* par le même moyen.

Le premier exemple, est l'épouse du révérend R. du comté de Kent. Je fus appelé à son hôtel, elle me fit un détail de ses souffrances, que je rapporterai maintenant; j'écrivis une ordonnance, mais j'eus la précaution de lui recommander de la faire connaître à son médecin lors de son retour chez elle et de l'admettre de compagnie dans le traitement. Quelques temps après, elle revint en ville et m'exprima avec beaucoup de reconnaissance tout le bien qui en était résulté. Vendredi dernier je vis le mari de cette dame qui ne manifesta pas d'autres craintes que celles d'un retour de la maladie.

Je citerai un cas qui peut déjà être connu de vous, puisque la dame qui en fait le sujet, était entre les mains de M. Wood notre dernier chirurgien interne qui manifeste sa reconnaissance à notre vieil hôpital, en se rendant encore de temps en temps parmi nous. Madame W. vint à l'hôtel Gordon, pour se remettre aux soins de M. Wood et aux miens. Son existence était pénible, puisqu'elle était constamment dans l'appréhension de la douleur. L'accès commmence par une douleur profonde et cruelle au côté droit du nez ou de la joue, elle se prolonge derrière la tête et le cou, revient vers le palais de la bouche et se fixe à son premier point de départ. La dent canine et les dents incisives latérales sont extrêmement sensibles, tel est son cours invariable : la douleur est périodique, le temps de son retour n'a pas varié de cinq minutes pendant onze semaines. Elle commence à une heure du matin, veillant ou dormant. Dimanche dernier cette dame veilla jusqu'à une heure afin de voir si elle l'empêcherait de venir, mais la douleur se manifesta à l'heure ordinaire. Elle dure jusqu'à huit heures, alors elle s'appaise graduellement; pendant toute sa durée la personne ne peut rester au lit, elle est obligée de se lever et de se promener dans la chambre, la crise reprend à dix heures et demie du matin.

Conjointement avec M. Wood, je donnai à cette dame la combinaison de pillules que j'ai indiquée, et trois jours après nous apprîmes que la douleur ne venait plus que trois heures après l'époque habituelle, lequel temps peut être au moins donné à un sommeil salutaire.

Elle alla passer huit jours dans le voisinage de Windsor; quand elle revint elle se remit à l'usage de ses pillules. Nous portâmes *l'olium tiglii* à un sixième de goutte pour chaque pillule, nous lui donnâmes aussi une potion cordiale avec l'infusion de

gentiane et de clous de girofle, la teinture d'écorce d'oranges et *l'espr. ammon. aromat.* et lors de ma seconde visite après son retour, j'eus le plaisir de la trouver très gaie et n'éprouvant plus de douleurs.

Le 17 de ce mois, je fis l'observation suivante sur une dame souffrant d'un tic douloureux. « Chez cette personne la santé est altérée, les digestions sont faibles, il y a des borborygmes des intestins, qui, chez elle, sont inactifs constitutionnellement, sans cependant qu'elle éprouve d'aigreurs. Elle pense que sa maladie vient d'un coup d'air attrapé dans une voiture ouverte, il y a quatorze semaines environ. C'est une douleur violente de la pommette, de l'œil et de la tempe; elle est tellement subite qu'elle la compare à un coup de marteau sur l'œil; elle se manifeste au moment où elle est à dîner, des larmes s'échappent des points lacrymaux, elle persiste depuis une heure jusqu'à cinq de l'après-midi; la nuit se passe bien et la malade dort paisiblement; elle a pris plusieurs livres de limaille de fer et a employé la *vératrine* à l'extérieur.

J'espère avoir à donner un rapport favorable de cette malade; lui ayant recommandé de rester aux soins de son excellent médecin, en lui indiquant les médicaments que j'ai désignés. Il est à peine nécessaire de vous dire, qu'avant d'arriver jusqu'à moi, ces malades avaient employé l'acier, l'ammoniac, l'arsénic, la belladone, l'iode et tous les moyens ordinaires pour corriger la digestion; feu le docteur Warren donnait la belladone et les pillules bleues. Sa dernière malade s'était assez bien trouvée de l'application à l'extérieur d'une infusion de tabac et de laudanum.

Il m'a paru que quelques-uns confondent la maladie du nerf avec le véritable tic, aussi je désire lui conserver son nom, pour le distinguer de diverses autres affections douloureuses de la face, qui ont nécessairement leur siége dans le cinquième nerf, le seul qui donne de la sensibilité dans cette partie. Nous avons eu à l'hôpital, des malades éprouvant des douleurs aiguës de la face, résultat de la maladie des parties qui entourent le nerf, et sans doute que de semblables douleurs naissent de la maladie de l'os; mais vous reconnaîtrez facilement le *vrai tic*, à la promptitude de l'accès, à sa parfaite intermittence et surtout à la sensibilité des parties, sans qu'il y ait aucune atteinte portée à l'action des muscles, tandis que dans ces affections pénibles causées par un état maladif local, il y a engourdissement de la partie alimentée par la branche malade du cinquième nerf, ou encore l'on reconnaît la

nature du mal à l'inflammation qui se propage au troisième nerf et affecte la paupière.

Je n'abandonnerai pas ce sujet sans parler de l'opinion émise dans un ouvrage que vous avez tous : Les leçons de sir Astley Cooper, par M.Tyrrell. Je veux parler du passage où il décrit l'opération de la section des branches du cinquième nerf ; et non seulement de celles-ci, mais de la portion du septième qu'il indique comme le siége le plus fréquent de cette maladie. J'aurais bien désiré que sir Astley Cooper ait examiné ce passage et l'ait garanti par une note, nul ne connaît mieux l'effet de la section de la portion dure, car je vous ai dit autrefois, qu'aussitôt après la publication de mon premier mémoire sur les nerfs, il me montra lui même l'effet de sa division transversale.

On ne peut pas suivre la pratique de la section des branches de la cinquième paire, quoique tous les chirurgiens de premier rang du dernier siècle l'aient opérée, elle ne produit qu'une impression violente ; l'avantage n'est que momentané, et l'on n'atteint pas le mal à son origine.

La maladie qu'on peut le plus souvent prendre pour le tic douloureux, est cette douleur qu'éprouve la branche superficielle de la cinquième paire, par suite d'une maladie de l'os ou de l'alvéole de la dent, qui influe sur une branche interne de ce nerf. On ne peut s'en assurer, que par une observation minutieuse.

En tout cas on ne prendra pas pour une maladie du nerf, cette maladie qui se manifeste par une douleur violente et subite, et qui fait qu'un malade en vous parlant tressaille comme s'il était frappé de l'éclair, porte le doigt à sa figure et aux branches de la cinquième paire au-devant des fosses orbitaires ou arcades sourcillières ou bien encore à l'angle de l'œil, et qu'il reste à tenir sa tête en se balançant et sans proférer une parole. C'est bien là le *vrai tic*, celui que je crois causé par une irritation éloignée.

La maladie n'a pas son siége immédiat dans le nerf, mais elle est le résultat d'une irritation éloignée. Elle n'est pas non plus le résultat d'une maladie du tronc nerveux ; ainsi que chez ces malades desquels proviennent les préparations que j'ai devant moi en ce moment. Je suis également convaincu que l'origine de la maladie est dans les viscères abdominaux. Non pas une maladie grave, mais plutôt un dérangement dans les fonctions, et je présume que c'est par cette raison, que des individus en souffrent pendant des années, sans que leurs forces en éprouvent

de diminution, excepté par les veilles et l'usage des médecines empoisonneuses qui sont en vogue.

Je vous ai dit avoir eu cinq cas successifs d'affections douloureuses de la face, ayant des caractères très variés; les uns où la douleur vient subitement, à des époques irrégulières, et ne dure que peu d'instants, d'autres ayant une périodicité exacte, et qui ont été guéris par les moyens très simples que je viens d'énoncer. Le sixième peut manquer, mais ceux-ci suffisent pour confirmer mon opinion. Il vous reste à chercher des moyens de soulagement, en corrigeant l'état morbide des viscères.

FLAGELLATION MILITAIRE SUIVIE DE MORT.

Un jury s'est assemblé à la taverne du King's Head Woolwich pour faire une enquête sur un marin nommé William Saundry, qui est mort après avoir été flagellé. D'après le coroner ce cas exigeait beaucoup de considération, puisqu'il s'agissait de décider si la mort provenait des suites d'une punition militaire, ou si c'était le résultat d'une maladie quelconque. Il fallait donc commencer par recevoir le témoignage d'un médecin. M. Parkins, médecin de l'hôpital militaire, déposa que William Saundry avait été flagellé le 8, et qu'il l'avait vu le lendemain à l'hôpital. Le 16 son dos était presque guéri, le 18 il l'était entièrement, mais le malade se plaignait d'une douleur dans les aines qui l'empêchait de dormir. Il avait la fièvre, mais point d'inflammation, ni de symptômes de maladie locale; la fièvre augmenta, il fut saigné plusieurs fois. Le sang était très enflammé, il y avait des symptômes d'inflammation de la membrane muqueuse des intestins, de la toux, la respiration courte, et un épanchement thoracique, c'est à cela qu'il attribuait sa mort; les symptômes rapportés n'avaient aucun rapport avec sa punition. Le *coroner* ou président ayant insisté sur la nécessité de faire l'autopsie cadavérique, l'enquête fut ajournée. Le lendemain l'autopsie fut faite en présence de dix médecins qui établirent qu'ils croyaient que la mort de l'individu était l'effet *de la fièvre* et non de la flagellation. Huit des jurés conclurent que la mort n'aurait pas eu lieu sans la flagellation; mais neuf autres jurés se rendirent à l'opinion des médecins. Le verdict suivant fut donné : William Saundry est mort par la *visitation*

de Dieu, et non par la main d'une personne ou de quelque personne que ce soit.

En lisant le rapport de cette enquête extrait du *Morning-Herald*, on ne sait en vérité ce qui doit étonner le plus, des contradictions qu'il contient, de la partialité inhumaine des médecins, ou de l'existence d'une punition aussi barbare dans un pays aussi haut placé dans l'échelle de la civilisation que l'Angleterre. Il y a des lois pour punir le voiturier qui frappe son cheval, le rustre qui frappe son âne, et en face d'une population entière, une coutume permet de déchirer un homme par lambeaux ! Et l'Angleterre se dit humaine ? Et l'Angleterre émancipe les esclaves et punit la traite des noirs ? A quoi servent donc et la civilisation et les lumières si elles laissent subsister d'aussi froides atrocités ?

Mais examinons un instant cette enquête. Que les médecins anglais qui ont donné leur témoignage sachent qu'ils sont responsables devant l'humanité entière de la partialité ou de l'ignorance de leurs réponses. Dans les différents rapports que nous avons lu dans le *Times*, l'*Hérald*, le *Morning Post* et le *Chronicle*, nous n'avons pas vu un mot qui pût nous faire connaître l'état de la partie du dos qui avait été horriblement meurtrie par *neuf cents* coups. — Le marin fut flagellé le 8 ; le 16, d'après le chirurgien, son état était *presque* guéri, le 18 il l'était entièrement, *mais* le malade se plaignait de douleurs dans les aines, il avait la fièvre, mais *point d'inflammation*. La fièvre augmenta, il fut saigné plusieurs fois, le *sang* était *très enflammé*. La membrane muqueuse des intestins était *enflammée*, le malade avait de la toux, la respiration courte et un épanchement thoracique.

L'autopsie est faite, pas un mot n'est dit de l'état du dos, la moelle épinière n'est pas visitée, on ne parle pas non plus de l'état de la poitrine et de l'intestin, et l'on déclare que le *patient* est mort de la fièvre !!

Interrogés sur la cause de cette fièvre, les médecins répondent qu'elle a dû être produite par *un état de l'atmosphère !* Mais des lacérations du dos pas un mot! D'après M. Parkins et J. Lawrence, cette flagellation n'a pas causé la mort. Où est la preuve de cette assertion? Le malade se portait bien le matin de la torture militaire ; n'est-ce pas le cas de dire *post hoc, ergo propter hoc*. Dans cette enquête, lorsque M. Butler est appelé et qu'on lui demande son opinion : Je pense, dit-il, que la fièvre dépend d'une cause *atmosphérique* dont la Faculté sait peu de

chose ou rien. Admirable explication ! Quand le public voit que le témoignage des médecins va assez loin pour répudier cette opinion que la mort du soldat pouvait être attribuée à une *torture militaire* plutôt qu'à l'air atmosphérique, on a lieu de s'étonner que l'on n'ait pas soutenu que la flagellation lui avait fait du bien et que s'il avait reçu deux cents coups au lieu de cent, cela eût prévenu la fièvre.

Mais laissons ces témoignages rendus par une complaisance servile plutôt que par ignorance, écoutons ce que dit Sir Anthony Carlisle.

« La douleur suffit pour détruire la vie, ce qui arrive souvent après les brûlures lors même que les parties vitales ne sont point affectées ; cela arrive souvent après des opérations douloureuses, qu'on peut comparer à la *flagellation militaire*, car depuis peu, plusieurs malheureux ont succombé après avoir subi cette cruelle punition. Il est impossible que les médecins mêmes puissent prévoir l'effet que produira sur un individu quelconque la douleur, puisque cela ne dépend ni de la force physique ni du courage moral. Ces considérations devraient déterminer les législateurs à ne pas donner des punitions corporelles qui souvent compromettent la vie humaine. »

Le *Morning Hérald* dit à ce sujet : « le colonel qui a ordonné cette punition peut avoir un grand génie militaire, mais nous ne pensons pas qu'il soit plus grand homme que Napoléon, et Napoléon qui créa ces belles légions qui furent si longtemps l'admiration et la terreur de l'Europe, n'eut jamais recours aux tortures militaires et au bâton qui dégrade et avilit le soldat. Les anglais qui s'enrôlent sous la bannière de leur pays doivent-ils être traités comme des bêtes et pire que des bêtes, tandis que les français sont susceptibles des plus beaux sentiments et des actions les plus honorables sans avoir recours à des châtiments cruels et déshonorants tout à la fois pour la nation qui les tolère, les chefs qui les commandent et le soldat qui en est la victime. »

Tumeurs verruqueuses naissant sur des cicatrices à la suite d'une flagellation.

Par César HAWKINS.

En écrivant l'article qui précède, nous ne pensions pas que nous aurions à donner de nouvelles armes contre la coutume barbare de la flagellation. Un supplice qui prolonge son action

pendant la vie entière, devrait être reservé pour le dernier des coupables, et non pour des infractions de discipline militaire. Quand la philosophie et la vraie philantropie pénétreront-elles assez dans les masses pour que de pareils châtiments ne puissent s'appliquer? Les observations qui suivent sont dignes de l'attention des praticiens comme de celle des philosophes.

La première observation de *tumeur* des *cicatrices* est due à sir Benjamin Brodie.

Un homme avait été flagellé plusieurs fois dans l'Inde, et la cicatrice qui suivit les coups laissa plusieurs espèces de verrues qui s'accrurent et formèrent une tumeur. Une sonde passait aisément entre ces verrues jusqu'à la base de la maladie. Autour de la tumeur la peau était d'une couleur noire et livide, et parsemée de verrues plus petites. La tumeur principale était de la grosseur d'une petite pomme lorsque sir B. Brodie l'enleva, onze ans après que le malade avait été flagellé. La tumeur enlevée, il n'en revint pas d'autres.

Deuxième observation. Un homme âgé de quarante-cinq ans, fut admis dans l'hôpital de Saint-George en avril 1827.

Il portait au dos une tumeur, un peu élevée et ses bords recouvraient la peau environnante qui était tirée et formait des rides; cette tumeur avait cinq pouces de diamètre, la peau paraissait adhérer en partie sur les apophyses des vertèbres dorsales, et en partie sur les bords du scapulum. La tumeur était verruqueuse et irrégulière, elle avait une surface ulcérée produisant une sanie putride et aqueuse. L'aspect de cet homme était pâle, son appétit était cependant assez bon, il était constipé, mais ses nuits étaient constamment troublées et souvent sans sommeil à cause des *douleurs lancinantes* qu'il éprouvait au dos.

Vingt-sept ans auparavant, cet homme avait été fouetté, il avait souffert dix-huit mois à la suite de cette punition militaire. La cicatrice s'était assez bien fermée; six mois avant son entrée à l'hôpital, un morceau de bois tomba sur son dos et l'effleura, une petite tumeur se développa aussitôt et s'ulcéra; la tumeur augmenta progressivement jusqu'à ce qu'elle acquit les dimensions et les caractères décrits. La tumeur fut enlevée peu de jours après son admission dans l'hôpital. Le quatrième jour il mourut d'une phlébite qui paraissait avoir débuté avant l'opération.

Les tumeurs verruqueuses des cicatrices, dit M. Hawkins, paraissent sur de vieilles escharres, plusieurs années après que le

mal qui a produit des blessures s'est guéri, lorsque les plaies sont le résultat de brûlures, d'une coupure ou d'une lacération de la peau. Elles proviennent également à la suite de la flagellation ou d'une brûlure, lorsque la peau seule a été altérée, ou à la suite des plaies par armes à feu dont les cicatrices sont plus compliquées. Il paraît d'abord une petite verrue ou une tumeur verruqueuse qui naît de la cicatrice même; elle est sèche et couverte d'un léger épiderme qui bientôt devient humide, s'ulcère partiellement comme les poireaux des membranes muqueuses, puis il s'établit une suppuration fluide et d'une odeur très repoussante.

Au sujet de ce genre de verrues des cicatrices, ou excroissances des cicatrices, M. Hawkins cherche à jeter quelque lumière sur la confusion qui naît du terme général de maladies malignes. Une excroissance morbide, dit-il, ou une altération morbide de structure peut être incurable, c'est-à-dire n'être pas susceptible de suivre une marche qui permette de l'enlever. Une autre tumeur morbide peut non seulement être incurable, mais encore infecter les parties voisines et le corps entier par l'intermédiaire des vaisseaux absorbants. Il est clair que ces deux conditions sont différentes et doivent l'être; mais dans la pratique le même terme de *malignant disease* est trop fréquemment employé pour ne pas causer de confusion.

Nous sommes parfaitement d'accord avec ce que dit M. Hawkins sur la dénomination de *malignant disease* attachée à tant de maladies diverses.

Nous avons besoin de mots, dit-il, pour ces maladies qui forment une nouvelle structure capable en apparence d'infecter les parties voisines, de sorte que l'extirpation de tous les tissus altérés est nécessaire, sans cependant qu'il soit reconnu que ces mêmes productions morbides ont une influence sur les glandes absorbantes, lorsqu'il est bien avéré, au contraire, qu'elles ne se reproduisent ni dans le voisinage ni dans toute autre partie du corps. Une pareille maladie se rencontre très souvent sur la peau de la face des personnes âgées, et souvent on l'appelle *cancer* ou *maladie maligne*, et cependant si le tissu accidentel ou l'excroissance morbide est enlevée par sa base, on n'a pas à craindre le retour de la maladie; mais si le corps accidentel ou l'excroissance morbide possède véritablement la nature du cancer, il est clair alors que cette maladie est cancéreuse et maligne.

Tout en établissant que beaucoup de maladies sont mal à pro-

pos rangées sous le titre de *malignant disease*, M. Hawkins se contente de donner le nom de *warty tumour of cicatrices*, ou tumeur verruqueuse des cicatrices, à une excroissance morbide que l'on pourrait prendre pour un cancer, et nous, continentaux, nous restons dans le même embarras pour savoir au juste ce que les anglais entendent par *malignant disease*. Après avoir vu de nombreuses affections appelées *malignant disease*, nous pouvons sous ce titre comprendre non seulement toutes les variétés de cancer, mais toutes les affections qui peuvent se terminer par la mort. Nous avons entendu appliquer ce nom à des ulcères phagédéniques, comme aussi à des plaies variqueuses. Le nom de *malignant disease* répond à notre mot d'*ulcère* de *mauvaise nature*. Quoi qu'il en soit, il sera toujours difficile de tracer des distinctions exactes entre les maladies. N'y a-t-il pas des cas dans lesquels le squirrhe, qui de sa nature est infectant, reste pourtant indolent et pour ainsi dire inoffensif pendant des années entières et quelquefois pendant la vie? L'absorption du pus ne s'effectue-t-elle pas également à la suite des plaies les plus simples? Pour nous le terme de *malignant disease* s'applique à toutes les maladies dans lesquelles le principe de la vie est détruit. Une carie est donc une *malignant disease;* une *gangrène* mérite aussi ce nom. Les noms sont d'une très grande importance, sans doute, mais c'est lorsqu'ils amènent à quelque distinction pratique.

D'après les observations citées par M. Hawkins, nous voyons que ces tumeurs doivent être traitées par l'excision; ne pourrait-on pas les regarder comme cancéreuses puisqu'elles en ont tous les caractères? Elles occasionent des douleurs lancinantes, elles s'étendent sans cesse, s'ulcèrent et causent la mort. On peut ne pas les appeler cancéreuses parce qu'il y a en elles quelque chose d'*irréparable*; elles naissent sur des parties presque mortes, c'est une excroissance fongueuse dont les racines sont peu profondes parce que la base est morte. Quelques vaisseaux capillaires restent encore, et c'est à ces vaisseaux que sont dues les végétations accidentelles qui s'ulcèrent si vite. Si elles ne reparaissent point après l'excision c'est que la cicatrice sur laquelle elles reposent est elle-même isolée en quelque sorte de l'économie, c'est qu'elle ne reçoit plus la vie par une infinité de vaisseaux; si elle n'infecte pas l'économie c'est que par ces cicatrices l'absorption ne peut avoir lieu; mais si vous laissez étendre l'ulcération jusqu'aux tissus sains, vous verrez alors si l'absorption n'a pas lieu.

Ecoutons d'ailleurs ce que dit M. Hawkins lui-même, en décrivant la terminaison de ces tumeurs abandonnées à elles mêmes.

« Après que la tumeur est devenue solide et proéminente, une nouvelle action se présente, la tumeur s'ulcère et il se forme des escharres partielles accompagnées de souffrances cruelles; la tumeur est détruite jusqu'à la base de manière à former un ulcère profond, excepté vers la circonférence ou la peau est *élevée*, *dure* et *renversée*. De temps en temps des excroissances naissent, s'ulcèrent et tombent jusqu'à ce que le malade soit épuisé par la souffrance, mais sans avoir l'aspect particulier aux malades cancéreux; on ne trouve aucune maladie des glandes absorbantes ni aucun signe de *maladie maligne* dans l'intérieur du corps. »

Le terme de maladie maligne se représente encore sans être défini. Selon toute apparence, M. Hawkins ne donne ce nom qu'aux maladies qui se présentent avec infection des glandes absorbantes. A ce titre, un simple ulcère vénérien sur le pénis, suivi d'engorgement des glandes de l'aine, devra donc être appelé *maladie maligne*. La maladie est maligne, en effet, mais rapprocher ainsi l'ulcère vénérien du cancer nous semble entretenir la confusion que ce terme général de maladie maligne engendre, et que M. Hawkins lui-même voudrait détruire.

S'il nous était permis d'émettre notre opinion après celle du chirurgien anglais, nous dirions que nous considérons ces *warty tumours* ou *tumeurs verruqueuses*, comme une variété du cancer, et nous l'appellerions *cancer des cicatrices*.

Quoi qu'il en soit, M. Hawkins a attiré l'attention sur une excroissance morbide dont on n'avait pas encore parlé, bien qu'il soit connu que dans certaines cicatrices, il y a quelquefois des fentes à travers lesquelles des excroissances fongueuses se font jour. Tout ce qui concerne ces *warty tumours* est à lire : c'est une des bonnes contributions des Transactions médico-chirurgicales.

SUR LE TRICHINA SPIRALIS,

Vers parasites se développant dans les Muscles de l'homme dans quelques maladies.

Depuis que l'attention des pathologistes français a été appelée sur l'existence d'un entozoaire inconnu jusqu'à nos jours, on n'a cessé de demander des portions de muscles qui en con-,

tissent, afin de pouvoir s'assurer de l'exactitude des faits. Des boîtes remplies de muscles farcis de trichines ont été envoyées de Londres à Paris, et puisqu'ils excitent un si grand intérêt nous croyons utile de faire connaître quelques faits nouveaux, non encore publiés en France. L'existence des trichines, n'est point un article de foi, nous en avons vus, de nos propres yeux, lorsque M. Fare les dessinait à l'hôpital de Saint-Barthélemi. Les *trichines*, vers parasites qui se développent par milliers dans les muscles de l'homme, doivent intéresser le physiologiste, mais les praticiens doivent aussi chercher dans ces faits quelques lumières. L'existence des trichines est-elle liée à telle ou telle maladie? à une diathèse particulière? sont-ils cause ou effet? se développent-ils après une maladie, ou en sont-ils la cause?

Les faits seuls pouvaient répondre à ces questions d'une manière satisfaisante, et jusqu'à ce qu'on ait trouvé un poids juste pour les *peser*, il faut admettre que la pluralité des faits, où la méthode numérique a une certaine valeur. Notre tâche à nous qui ne préjugeons point, est donc de recueillir des faits et il nous paraît utile alors de faire connaître les opinions de M. Owen, sur l'existence de ces êtres parasites qu'il a le premier signalés et décrits.

« Bien que les animaux parasites décrits sous le nom de *trichina spiralis*, dit M. Owen, soient d'une extrême petitesse, leur nombre est néanmoins si immense, les muscles qui en sont farcis composent une si grande partie du corps humain, qu'ils doivent nécessairement occasioner de la débilité, par la quantité de nourriture requise pour leur soutien; et la majorité des faits semble venir à l'appui de cette opinion, car les *trichines* ont été trouvés principalement soit chez des individus tuberculeux ou cancéreux, soit chez des individus épuisés de marasme. Et cependant à mesure que l'on fait de nouvelles découvertes sur ce sujet important, on peut mettre en question jusqu'à quel point, on doit les considérer comme cause primitive de débilité.» En effet, l'on n'a pas trouvé des *trichines* seulement chez des individus tuberculeux ou émaciés, ou enfin tombés dans le marasme; mais on en a rencontré dans les tissus musculaires d'individus morts accidentellement. Il serait possible que ces *trichines* dépendissent d'une diathèse particulière et qu'ils se développassent toutes les fois qu'il y aurait affaiblissement du pouvoir vital.

« J'ai examiné, dit M. Owen, plusieurs trichines pris des muscles d'un homme mort accidentellement à la suite d'une fracture

du crâne, tandis qu'il jouissait d'une bonne santé et qu'il était dans toute sa force musculaire. Le larynx de ce sujet, fut enlevé pour servir à une école d'anatomie, et en disséquant le *sterno-hyoïdien*, le *sterno-thyroïdien* et les autres petits muscles de cet organe, on les trouva criblés de *trichines* et en aussi grand nombre que dans les autres cas que j'ai observés. Après une investigation microscopique des plus attentives, je me convainquis que les *vers* étaient de la même espèce que ceux des sujets précédents.» L'observation citée par M. Owen a déjà été insérée par M. Curling dans un des derniers numéros de la *Gazette médicale anglaise.*

« Chez les malades en question, continue M. Owen, aucune douleur, aucun symptôme particulier ne pouvaient faire soupçonner aux médecins et aux élèves l'état particulier du système musculaire, tel que la dissection le démontra; et il est assez probable que le malade lui-même n'avait pas la conscience de cette quantité innombrable d'êtres parasites qui jouissaient de la vie à ses dépens. »

L'attention une fois dirigée sur ce point, on devait s'attendre à voir les observations se multiplier. En effet au commencement de la saison anatomique, un nouvel exemple se présenta dans les salles de dissection de l'hôpital de Saint-Barthélemi, chez un sujet mâle dont le système musculaire était également infesté de cette espèce de parasites si remarquables. Le nombre surpassait, s'il est possible, celui des observations déjà citées.

Toutes les parties des muscles soumis à la volonté, étaient remplies de très petits kystes qui contenaient ces vers. Ces kystes différaient de ceux déjà examinés, en ce qu'ils étaient plus opaques et plus graveleux, de sorte que l'on ne pouvait douter de la présence des vers à la seule inspection de leur extérieur, et il est probable que les premiers kystes décrits dans la *Gazette médicale* étaient dans cet état. Les exemples qui présentent deux vers dans un seul kyste, sont plus communs dans ce cas que dans les précédents. Quand on retirait les *trichines*, ils étaient plus vivants que tous ceux que M. Owen avait vu auparavant; et presque toujours ils présentaient un point opaque et approchant du noir, à peu près au cinquième de longueur du corps à partir de l'extrémité antérieure. En coupant en deux ces individus nouveaux, M. Owen observa dans plusieurs une rétraction de la peau extérieure, laissant dépasser la substance qu'elle enveloppait.

Le docteur Fare qui a observé les mêmes apparences dans

plusieurs des *trichines* du même sujet pense que la substance qui reste dehors, est le canal alimentaire. M. Owen n'a pu s'assurer encore de l'existence d'un tube ; dans un cas, le point brun formait une partie du filet qui dépassait, serait-ce là le corps des ovaires ? Si l'on détermine qu'il y a un canal alimentaire distinct de la peau extérieure, alors le trichine doit prendre une place plus élevée dans l'échelle, que celle que lui a donnée M. Owen, et former un genre d'helminthes. Toutefois M. Owen n'a pas vu une seule fois la trace d'un orifice anal ou excréteur.

L'observation de M. Henry Wood de Bristol se terminait par cette conclusion, que la présence des *trichines* n'était point nécessairement liée à une émanation générale, ni à un séjour au lit, ni enfin à une maladie chronique, puisque le sujet dont il rapportait l'observation offrait des circonstances tout opposées, et il exprimait le vœu de voir constater si dans les cas cités par M. Owen, il n'y aurait pas eu quelque symptôme de rhumatisme ou d'une inflammation quelconque du tissu musculaire.

Pour nous, qui désirons voir les recherches de toute espèce amener à quelque point de pratique, nous avons demandé à M. Owen lui-même, à quels résultats il était arrivé.

Nous donnons ici une note, que nous devons à son obligeance.

Sur quatorze cas dans lesquels on a rencontré le *trichine*, M. Owen ne peut donner d'autres détails, que les suivants dans huit cas.

Obs. I. Un homme âgée de 70 ans, mort d'un cancer du pénis, avant sa mort était affecté d'une dartre florescente, les cheveux étaient réunis ensemble.

Obs. II. Paul Bianchi, âgé de 50 ans, fabricant de baromètres, maladie : tubercules dans les poumons et dans le foie.

Obs. III. Une femme irlandaise, âgée de 60 ans, morte de marasme, causé par un large ulcère placé au-dessous du genou, et qui était dégénéré en gangrène.

Obs. IV. Un mendiant (jeune), mort de fièvre et d'épuisement causé par la faim. Tubercules dans les poumons.

Obs. V. Un Anglais, âgé de 63 ans, apporté à l'hôpital Saint-Barthélemi avec une fracture comminutive de l'humérus ; peu de jours avant la mort, grande diminution des pouvoirs vitaux. Les trichines étaient très abondants et se rencontraient dans l'œsophage et le sphincter de l'anus.

Obs. VI. Un homme apporté dans l'hôpital de Londres avec une fracture au crâne. Il était précédemment en bonne santé.

Obs. VII. Un homme mort dans l'hôpital de Londres d'un anévrysme de l'aorte.

Obs. VIII. James Dunn, âgé de 22 ans, entré à l'hôpital pour un rhumatisme aigu ; à l'autopsie on trouva une pneumonie au premier degré et une péricardite.

Dans les six autres cas, M. Owen, n'a pu se procurer aucun détail sur les maladies.

Ainsi cette découverte nouvelle, ne posséde encore que des éléments incomplets, mais ils doivent être recueillis afin de servir plus tard ; nous ne tirerons aucune conséquence des faits cités, parce qu'ils sont en trop petit nombre. Toutefois nous remarquerons en passant que les maladies caractérisées par une viciation du sang, semblent avoir le triste privilége de produire des animaux parasites. Au reste nous tiendrons nos lecteurs au courant des découvertes qui pourront avoir lieu sur ce point doublement important pour l'histoire naturelle et la pathologie. B.

SÉPARATION COMPLÈTE DE L'UTÉRUS PEU APRÈS L'ACCOUCHEMENT.

Par John Charles COOKE.

Le 22 mai 1835 à quatre heures du matin, Madame Aston, sage-femme de cette ville (Coventry), fut appelée pour accoucher Madame**. Elle s'y rendit aussitôt, et apprit que la femme ressentait des douleurs depuis quarante-huit heures ; elle était à genoux et insistait pour qu'on l'accouchât dans cette attitude, attendu que c'était la mode de son pays (l'Irlande). La sage-femme la décida à se coucher et trouva environ douze lignes de dilatation, présentation du sommet. Elle accoucha d'un enfant vivant le même jour à sept heures du soir, le placenta bien entier fut expulsé par une contraction un quart d'heure après.

Il n'y eut pas d'hémorragie, quoique la femme eût perdu beaucoup de sang dans la nuit. Les tranchées étaient légères, l'état était satisfaisant et malgré les injonctions de la sage-femme, elle fit un repas très substantiel.

Le 24 mai à quatre heures, on vint précipitamment chercher la sage-femme ; au dire de l'envoyé la femme accouchait d'un

second enfant. En arrivant, la sage-femme apprit les détails suivants, l'accouchée s'était levée dans la nuit et était allée dans une chambre voisine, parce qu'elle éprouvait le besoin d'uriner, son mari fut tout-à-coup effrayé par ses cris, il appela quelques voisines, qui, en entrant dans la chambre, trouvèrent la femme assise sur une escabelle devant le feu et soutenant dans ses mains, ce qu'elles comparèrent à la tête et au cou d'un enfant. Supposant qu'il s'agissait de jumeaux et effrayées de la quantité de sang écoulé, elles envoyèrent rechercher la sage-femme.

Celle-ci trouva la femme sur le lit, pâle et très souffrante, l'hémorragie avait été abondante, en examinant pour en chercher la cause, la sage-femme aperçut sur le lit, une substance dure réunie faiblement au vagin par un *seul filet* de membrane, elle reconnut aussitôt l'utérus, et l'enlevant doucement elle l'éloigna sans difficulté et sans effort et le plaça dans un vase, alors l'hémorragie cessa, et n'étant plus nécessaire auprès de la femme, elle s'en alla emportant avec elle le vase et son contenu. Elle n'était restée auprès de l'accouchée qu'environ une demi-heure en tout, elle se présenta de suite chez mon père et lui montra l'utérus en lui racontant ce fait. Il s'aperçut à son grand étonnement que c'était bien un utérus dans un état de renversement, à onze heures il alla voir l'accouchée, qui était alors très faible par suite de l'hémorragie qui avait eu lieu; elle était très agitée, le pouls était presque insensible. En l'interrogeant il apprit qu'il y avait eu émission d'urine peu après la séparation de l'utérus, ainsi que le matin suivant entre 9 et 10 heures. Il apprit aussi qu'il n'y avait pas eu de selles pendant les huit ou neuf jours précédant l'accouchement, hors une masse de matières endurcies qui avaient été expulsée pendant la dernière contraction.

La femme ne se plaignait pas de pesanteur, ni de la présence d'aucune substance dans le vagin, Elle ne souffrait pas, l'abdomen n'était pas distendu, il n'y eut même en aucun temps, d'autre symptôme qu'un très léger degré de sensibilité qui se faisait à peine sentir par la pression, dans la région lombaire gauche seulement. Il y a à remarquer que la seule portion de l'utérus et de ses dépendances, qui ne se trouvèrent pas dans le vase était l'ovaire gauche. Cependant je n'en conclus pas que la douleur avait du rapport avec sa présence dans sa situation ordinaire.

L'utérus offrait l'apparence d'un corps lourd, creux, mais

ferme et pyriforme. Son volume égalait presque celui de la tête d'un fœtus à terme. Il n'y avait aucune lacération, excepté une légère déchirure à la partie postérieure de l'orifice. On reconnaissait distinctement le lieu d'insertion du placenta à une couleur d'un rouge-brun, et à une quantité de matière floconneuse qui adhérait encore à ses parois; le placenta s'était trouvé inséré sur l'orifice de la trompe de Fallope gauche; on découvrait cet orifice en grattant légèrement avec l'ongle, pour ôter cette matière floconneuse. Les vaisseaux étaient gros, sinueux et indiquaient suffisamment la cause de l'hémorrhagie, tant avant l'accouchement qu'après l'expulsion de l'utérus.

En faisant une section sur la face antérieure, on découvrit les ligaments larges, les deux trompes de Fallope et l'ovaire droit; on voyait distinctement la patte d'oie des trompes, l'ovaire gauche paraissait être resté dans sa situation.

Comme il n'y avait pas de descente des *viscères* abdominaux ou pelviens, mon père jugea prudent de ne pas pratiquer le toucher, dans la crainte de renouveler l'hémorragie, ou d'exciter une irritation qui aurait pu déterminer une péritonite, ou encore de faciliter la sortie des viscères, en retardant, par le toucher, l'agglutination des parois vaginales, il recommanda la position horizontale et un régime léger.

La journée se passa bien, pouls 140, pas d'hémorragie, peu de lochies. Le 25, la malade put se lever pour prendre elle-même son bassin; il y eut émission facile de l'urine. Le 26, le sommeil avait été bon. L'après-midi, il y eut une selle abondante, urine facile, la douleur du côté avait un peu augmenté, la face était colorée, peau sèche et chaude; sans doute que ces symptômes furent causés par deux ou trois onces de bière faible qu'on avait accordées à la femme, d'après son instante demande. On prescrivit un diaphorétique salin.

— 27 mai, peau moite, les symptômes fébriles avaient disparu. Le matin, évacuation alvine; l'après-midi, il y eut encore des selles, le pouls était le même, la langue nette et humide; vers le soir, il y eut de la diarrhée qui persista pendant deux ou trois jours, faiblesse. On prescrivit : *mixtura cretæ*, qui suspendit la diarrhée.

La santé reparut graduellement, l'appétit revint, les forces s'augmentèrent aussi.

Avant l'accouchement, les seins secrétaient du lait en abondance, mais aussitôt après la perte de l'utérus, sa secrétion ainsi

que les lochies cessèrent. La femme voulant persister à appliquer l'enfant au sein, il s'ensuivit une dureté du sein droit; elle cessa de nourrir, et les symptômes s'appaisèrent; quand elle fut rétablie, elle remit l'enfant au sein et persista plusieurs semaines jusqu'à ce qu'enfin, voyant qu'il ne venait pas de lait, elle y renonça entièrement.

Pendant tout l'accès fébrile, quoiqu'il y eut beaucoup de de soif, la langue resta moite et sans être nullement chargée; sa santé n'est pas robuste, mais elle est passable, et quoiqu'elle ressentît de la faiblesse, elle a pu reprendre ses occupations ordinaires.

L'enfant était bien portant, quand au bout de quelques semaines, il fut pris d'une diarrhée qui l'emporta en quelques jours.

Observations.

Les principaux phénomènes qui s'offrent à nous dans ce cas, sont la suppression immédiate et subite de la sécrétion laiteuse et de l'hémorragie; les lochies étaient si peu abondantes qu'elles tachaient à peine le linge.

L'absence de péritonite est aussi fort remarquable ; ne pourrait-on pas l'attribuer à l'hémorragie, quoique plusieurs auteurs aient une opinion contraire à ce sujet.

Quant à la violence qu'il fallait pour séparer un organe aussi volumineux 36 heures après l'accouchement, il est difficile de supposer qu'elle provint de la femme, quoique nous n'ayons guère d'autres moyens d'expliquer le fait. La sage-femme assure positivement qu'elle ne fit qu'enlever la tumeur, qui ne tenait au vagin que par un léger ligament. Cette assertion est confirmée par la personne que le mari avait appelée. On a également peine à se rendre compte de la cause du renversement, ni de l'époque où il eut lieu; d'après son apparence, il a dû avoir lieu spontanément, puisqu'il n'y avait aucune trace de portions adhérentes du placenta qui puisse faire supposer qu'on ait eu à faire des tractions sur le cordon. Aucun des signes qui accompagnent ordinairement cet accident ne s'est manifesté avant le 24.

On ne peut pas non plus expliquer le fait de l'absence de hernie des intestins, à moins de supposer que l'accumulation des matières dans le rectum ne l'ait fait s'étendre jusqu'aux pubis, de manière à faire obstacle à leur sortie. Il faut cependant que la compression du rectum vers le pubis ait été très légère, puisque l'émission de l'urine avait toujours lieu. M. John Cooke ne dit pas

quel est l'état des parties depuis le rétablissement, attendu que a femme s'est constamment refusée à se laisser toucher, mais il faut que le vagin forme un cul-de-sac, par suite de l'adhérence de ses parois, car les relations conjugales ont eu lieu comme auparavant. D'après le séjour d'un des ovaires, on aurait pu supposer que les désirs existeraient encore; mais il paraît que malgré cette circonstance, il n'en est rien, et que les sensations ordinaires sont anéanties. Ainsi qu'on doit s'y attendre, les menstrues n'ont pas reparu. Nous pouvons déduire de ce cas extraordinaire un fait très important, c'est qu'il est possible d'enlever l'*utérus* et ses dépendances, non seulement sans causer la mort, mais même sans nuire beaucoup à la santé, et nous pourrions soutenir la possibilité de l'enlever dans le cas d'inversion. Nombre d'accoucheurs distingués ont conseillé ce moyen quand il y a cancer, renversement ou gangrène de cet organe. Les auteurs en multiplient les exemples, mais il est permis de les révoquer quelquefois en doute, car ce fait est naturellement rare, et plus d'une fois des extractions de polypes ont été pris pour des enlèvements de l'utérus. Il nous serait aisé d'en fournir des preuves.

Dupuytren et Récamier recommandent l'extirpation dans des cas de cancer.

L'amputation du col de l'utérus est plus récente que l'extirpation de l'utérus entier. Osiander de Gœttingue fit le premier cette opération. Dupuytren la pratiqua le premier en France; Lisfranc et Récamier en ont prouvé l'application utile, par plusieurs exemples.

Dans les cas d'inversion de l'utérus, avec menace de gangrène, l'opération de l'extirpation a été faite en Angleterre par Newnham, Hunter, Clarcke, Wilson, Gooch, et par un grand nombre de chirurgiens sur le continent.

L'extirpation de l'utérus sans relâchement des ligaments, et sans le retirer hors du vagin, a été faite près de vingt fois. Presque toujours les femmes sont mortes de péritonite, et à moins qu'on n'arrive à prévenir l'inflammation du péritoine, il est à craindre que toute tentative de ce genre ne serve qu'à augmenter le nombre des revers de la science.

Deux moyens sont généralement employés : la ligature et l'instrument tranchant. L'opinion des chirurgiens sur ces deux modes est partagée. La ligature a pour avantage de n'avoir pas à craindre les hémorragies. Le couteau est moins douloureux

et plus prompt. On a employé quelquefois la ligature et la section en même temps.

Dupuytren et Récamier ayant recommmandé la *destruction partielle* de l'utérus par la potasse, on trouvera de nos jours cette opération plus facile, par l'emploi de la pâte de chlorure de zinc, dont l'effet est limité à la place sur laquelle il est appliqué. On trouve un exemple de ce genre dans l'ouvrage du docteur Bureaud Riofrey, sur la méthode escharrotique dans le traitement du cancer (*On the treatement of cancer without incision*, ou *Sur le traitement du cancer sans incision*).

HOPITAL SAINT-BARTHELEMY. *Salles de M. Lawrence.*

ULCÉRATION PHAGÉDÉNIQUE SUR LE PRÉPUCE.—ULCÈRES PHAGÉDÉNIQUES DES AINES.

Observation communiquée par W. Jo. SQUARE, interne.

John Williams, âgé de trente-quatre ans fut admis dans l'hôpital le 28 septembre 1835.

Cheveux blonds, teint pâle, apparence strumeuse. Sept semaines avant son entrée dans l'hôpital un ulcère parut sur la marge du prépuce, il fut bientôt suivi par l'engorgement des glandes des aines, l'ulcération augmenta et le pus s'écoulait par une ouverture ulcérée. Quoique sa bouche fut affectée par le mercure, la suppuration continua et les bubons s'accrurent rapidement en grosseur.

Quand le malade entra à l'hôpital, la plaie de l'orifice du prépuce présentait une surface grisâtre, l'ulcération avait détruit une partie du prépuce lui-même. Les ulcères des aines avaient le même aspect jaune sale, les bords étaient taillés à pic, irréguliers et enflammés. La douleur empêchait le malade de dormir. Les symptômes constitutionnels étaient graves. Il avait de la soif, des maux de tête, de la chaleur à la peau, un pouls fréquent et irritable. Calomel gr. iij, jalap ʒß pot. nigra, cataplasme, poudre de Dower gr. v. Sous ce traitement le caractère des ulcères ne s'améliora pas, et ils continuèrent à s'étendre.

Le 1er octobre. Décoction de salsepareille trois fois par jour, baume du Pérou, cataplasmes.

Le 3. Les ulcères augmentent, aucun signe de granulation, même aspect sale et jaunâtre.

Le 5. Même état, pas de sommeil, on a recours à l'opium et à la poudre de Dower.

Le 7. Même état, douleurs aiguës, ulcérations profondes principalement à l'aine du côté droit; au fond de la plaie on voit une glande tout-à-fait isolée.

Le 9. Pas d'amélioration, les ulcères s'étendent. Salsepareille, baume du Pérou, cataplasmes de charbon, opium pendant la nuit; vin rouge pour soutenir les forces. En partant M. Lawrence demanda à un médecin français ce que l'on faisait en France en pareil cas; le médecin français répondant pour lui seul, émit l'opinion que dans un cas semblable il emploirait un *iodure de mercure*. Le même jour M. Lawrence prescrit un grain de deuto-iodure de mercure.

Le 11. Les ulcères présentent un meilleur aspect, l'ulcération rongeante paraît s'être arrêtée. Le vin n'éveille pas le malade et paraît bienfaisant.

Le 13. Les plaies s'améliorent, on voit quelques granulations dans divers points; mais l'aspect est toujours de mauvaise nature.

Le 15. Les ulcères s'améliorent ainsi que la santé générale. Le malade dort la nuit.

Le 17. La cicatrisation commence vers les bords.

Le 21. Les ulcérations diminuent, peu de douleur, les gencives à peine affectées. Continuation du deuto-iodure, les cataplasmes émollients remplacent les cataplasmes de charbon végétal.

Le 23. Plus de douleur. Les ulcères diminuent considérablement et avec rapidité.

Le 25. Onguent citrin, compresse, bandage, deuto-iodure de mercure continués.

Le 30. L'amélioration continue; il prend alors six onces de vin par jour.

Le 7 novembre presque guéri. On continue le deuto-iodure de mercure.

Le 8. On cesse de le donner. Le 23 le malade sort guéri.

Nous avons cité cette observation, non qu'elle offre quelque chose de particulier, mais pour prouver que le baume du Pérou que l'on vante en Angleterre est loin d'être un aussi puissant antiseptique qu'on le pense. En donnant notre opinion à M. Lawrence sur l'utilité du deuto-iodure de mercure, nous ne nous attendions pas à le voir employer sitôt, et maintenant que

le malade est guéri, nous n'oserions pas dire que c'est cette médication qui, seule, a arrêté les progrès des ulcérations ; cependant il nous est permis de croire qu'elle a puissamment contribué à la guérison du malade.

Nous avons vu quelques ulcères phagédéniques traités par un escharrotique, l'*acide nitrique* avec un plein succès, dans les salles même de M. Lawrence. Lorsque ces ulcères phagédéniques étaient traités par des moyens antiphlogistiques, ils s'étendaient et empiraient généralement et l'on était obligé de recourir à l'emploi des toniques et du mercure.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité sur la Folie ; par James Cowles Prichard, Membre correspondant de l'Institut, Membre de l'Académie royale de Médecine de Paris, etc. (Sherwood et Comp.)

On doit beaucoup aux grands dictionnaires que l'on édite de nos jours ; car c'est là seulement que l'on peut avoir une idée de l'état actuel de la science ; on leur doit beaucoup encore, car ils sont des espèces d'arênes où les médecins et chirurgiens se présentent, jaloux de n'être point au-dessous de leur réputation et de leurs collaborateurs. Que d'ouvrages seraient encore à faire, si les auteurs n'avaient écrit pour un dictionnaire ou pour une revue ! — On s'engage d'abord pour un article, puis en le considérant, en l'écrivant, on le trouve susceptible de tant de développements, que l'on se trouve prêt à donner un traité, tandis que l'on n'avait pensé qu'à un article de revue.

Le docteur James Prichard est un de ces médecins à qui l'encyclopédie de médecine pratique a fait éclore un excellent ouvrage. Ce n'est pas une paraphrase délayée des articles insérés par lui dans l'encyclopédie médicale, mais un traité bien complet.

Le docteur Prichard nous donne le résumé de ses études et de ses observations pendant vingt ans, et ces vingt années n'ont point été passées dans son cabinet ; il les a employées en pratique et en voyages indispensables pour un médecin qui s'occupe des maladies mentales. L'ouvrage du docteur Prichard ne contient pas seulement ses idées propres ; mais il contient ce

qu'il y a de plus positif, de plus théorique et de plus pratique. Il passe tour à tour en revue les opinions de Willis, Pinel, Locke, Cullen, Jacobi, Esquirol, Georget, Bayle, Calmeil, Foville, Guislain, Heinroth, et il les suit dans les considérations sur l'étiologie, sur les divisions. Il note avec soin l'état anatomico-pathologique, il donne des statistiques comparées ; dans le traitement des différentes espèces de folie, il indique avec soin ce qui dépend de la thérapeutique générale, et ce qui appartient au traitement moral. Il considère ensuite la folie par rapport à la jurisprudence, et il termine son ouvrage par un chapitre plein d'intérêt sur les affections extatiques, le somnambulisme, le magnétisme animal et sur la doctrine des phrénologistes.

Nous ne faisons qu'indiquer très sommairement les parties principales de cet ouvrage, que nous regardons comme ce qu'il y a de plus complet, et de plus sagement éclectique sur ces maladies. Nous reviendrons plus tard sur cette œuvre, dont nous donnerons quelques extraits.

Sur les Hydropisies considérées par rapport a la suppression des fonctions de la peau et par rapport a l'urine coagulable; par Jonathan Osborne. (Sherwood et Comp.)

La doctrine des hydropisies a éprouvé de nombreuses variations, suivant l'époque à laquelle appartenaient les auteurs qui s'occupaient de ces maladies. De nos jours, la cause la plus commune des hydropisies est assez généralement attribuée à des lésions des systèmes veineux et artériel plutôt qu'à un état pathologique du système lymphatique. Quelques pathologistes français ont cependant reconnu que toutes les espèces d'hydropisies ne pouvaient être rapportées à ces deux causes; et M. Andral, par exemple, a admis des hydropisies par la disparition brusque d'une autre hydropisie, par la suppression de quelques sécrétions, par plusieurs variétés d'altérations du sang, etc.

Le docteur Osborne n'est entré dans aucun détail relatif à l'opinion des anciens et des modernes. Ses recherches ne remontent pas au-delà de Bright, et ce qu'il a à dire se rapporte principalement à une hydropisie particulière, l'*hydropisie rénale*, causée par la suppression de transpiration, et caractérisée par des urines coagulables.

La production de ces hydropisies se comprend de prime abord d'après les lois de solidarité et de balance des organes et des fonctions. Quand une sécrétion se supprime, une sécrétion analogue, et avec laquelle elle est en rapport, redouble d'activité. Cet exemple peut se remarquer tous les jours, par rapport à la transpiration et à l'émission de l'urine.

Ce qu'il y a d'important dans l'ouvrage du docteur Osborne, c'est qu'il montre la connexion presque constante de l'urine coagulable avec des reins malades, chez l'adulte. Il observe avec raison que l'état albumineux de l'urine dans l'enfant, ne détruit pas la valeur de ce signe chez l'homme fait. Il répond aux objections qu'on peut lui faire sur la sécrétion accidentelle d'urine coagulable, et arrive à cette conclusion, que dans trente-six sujets sur lesquels il a été à même de faire ses remarques, il a constamment retrouvé à l'autopsie l'altération des reins, lorsqu'il y avait sécrétion d'urine coagulable par la chaleur. Et pour les sujets chez lesquels on trouvait après la mort une maladie des reins, en recueillant une petite quantité d'urine, et l'exposant à la chaleur, il y avait coagulation.

Ainsi d'après Osborne, qui rapporte la première idée de ce symptôme à Bright, l'urine coagulable par la chaleur est un symptôme d'affection rénale. Ce qu'il y a de symptomatique étant accordé à Bright, reste à notre auteur le mérite d'avoir cherché à reconnaître avec quelle lésion de fonction cette maladie rénale pouvait coïncider. Il en reconnaît la cause dans la suppression de la transpiration cutanée, et il résulte de ses observations que toutes les fois que la transpiration arrive, soit spontanément, soit à la suite des médicaments, la terminaison de la maladie est favorable.

Sur les trente-six cas qui ont fait la base des observations du docteur Osborne, dans trente-deux, la maladie doit être attribuée à une suppression de transpiration.

La thérapeutique de cette affection causée par suppression de transpiration, découle naturellement de la connaissance de la cause qui la produit; aussi un des premiers soins d'Osborne est de rétablir la transpiration, et il a guéri dès que la surface entière du corps a été couverte de transpiration. Le docteur Osborne désapprouve l'usage des diurétiques, qui ont rarement répondu à ce qu'il en attendait. Dans deux cas de diabètes, dès que la transpiration cutanée a été rétablie, la sécrétion urinaire est redevenue normale.

Le docteur Osborne termine ses deux mémoires en proposant de nommer la maladie dont il s'agit *anhydrose*, et il conclut que l'affection des reins n'est que secondaire, tandis que l'absence de sécrétion de la peau est la maladie primitive. Cet ouvrage mérite d'être lu, et les expériences doivent être faites sur une plus grande échelle.

Esquisse de l'Histoire de la Médecine depuis son origine jusqu'au XIXe siècle; par J. Bostock, M. D. F. R. S. (Sherwood et Comp.)

Nous ne partageons pas les opinions d'une revue médicale sur l'utilité d'un abrégé de l'histoire de la médecine. Personne plus que nous n'admire l'excellent ouvrage des *Sprengel* père et fils, mais combien peu d'élèves et de médecins même ont eu le courage de lire entièrement cet immense recueil des erreurs et des découvertes de trente ou quarante siècles. Neuf volumes in-8° ont peu d'attraits pour des médecins qui ont déjà quelque peine à suivre les pas rapides de la science. L'abrégé du docteur Bostock a donc le grand avantage de présenter dans un petit cadre les erreurs et les vérités qui sont également le produit de l'expérience et des recherches des médecins. Nous ne suivrons pas le docteur Bostock pas à pas dans son esquisse, mais nous aimons à citer l'opinion de ce savant physiologiste sur l'état de la médecine en France et en Angleterre.

« Le sentiment qui domine parmi les praticiens anglais les plus éclairés et les plus judicieux de ce siècle, dit le docteur, consiste à donner peu de valeur à la théorie et à s'adonner presque exclusivement à l'observation et à la collection des faits. Cet esprit d'exclusion les a conduit à donner trop peu d'attention aux branches collatérales de la science; en pathologie et en chimie pharmaceutique, ils ont été dépassés par les français, et en physiologie par les allemands. Mais tout en portant ce jugement sur mes compatriotes, je me sens obligé de dire que l'esprit d'empirisme rationel qui est le caractère particulier de l'école de Cullen, a eu la plus heureuse influence sur l'état général de la médecine pratique. S'il a, dans quelques occasions, produit de l'incertitude, de l'indécision et de l'inertie, il a au moins *balayé* beaucoup d'erreurs, il a purifié la science de ces vieilles pratiques qui se rencontrent encore sur le continent. On peut faire cette remarque en comparant les pharmacopées de Londres et de Paris; dans

cette dernière on est étonné de trouver un si grand nombre de médicaments sans valeur, sanctionnés cependant par l'autorité des premiers praticiens de la métropole française.

« Toutefois nous ne saurions nier que nous devons beaucoup à la France pour ses découvertes en chimie pharmaceutique; pour sa méthode d'obtenir les principes actifs des substances végétales, et pour la grande précision qu'ils ont introduite dans les formules des préparations métalliques. »

Nous observons que transcrivant le passage qui précède, nous traduisons sans chercher à relever ce que ce passage même pourrait contenir de contradictions.

« Mais la gloire de la France, continue le docteur Bostock, est dans sa pathologie. Nous sommes à juste titre fiers de nos Hunter, de nos Monro, de nos Baillie, mais tout sentiment de vanité nationale doit être réprimé quand nous voyons le nombre de pathologistes célèbres que la France possède, et quand nous ajouterons à ce nombre les noms d'hommes célèbres qui doivent être plutôt considérés comme physiologistes, Bichat, Vicq-d'Azyr, Cuvier, Richerand, Magendie, Edwards, Dumas, Legallois, Adelon, Desmoulins, Serres, Blainville, Flourens; Saint-Hilaire, Dutrochet et autres, nous serons forcés d'admettre que la France présente un assemblage presque sans rival de philosophes-médecins. Il est impossible de ne pas s'attendre aux plus heureux résultats des travaux réunis de ces hommes éminents, mais je pense que j'ai raison d'assurer que pour la pratique médicale les résultats sont encore anticipés. A quelques exceptions près, je caractériserais la pratique française comme moins effective que celle de l'Angleterre. En France on accorde trop de confiance à des moyens que nous reconnaissons inertes, on attend trop du régime diététique qui ne peut éloigner la maladie; enfin, la *médecine expectante*, quoique moins dangereuse dans les mains de l'ignorance et de la présomption, est en même temps moins puissante et moins bienfaisante dans les mains même d'un médecin judicieux et habile. »

Nous ne suivrons pas le docteur Bostock dans sa comparaison des différentes contrées, la France, l'Allemagne, l'Italie, l'Angleterre; mais nous exprimons franchement notre opinion, c'est qu'un abrégé d'histoire médicale, bien qu'il ne puisse donner qu'une idée incomplète des erreurs et des opinions médicales, est néanmoins utile pour ceux qui ne peuvent lire l'admirable ouvrage des Sprengel. B.

VARIÉTÉS.

FEUILLES PÉRIODIQUES ET MÉDICALES EN ANGLETERRE.

On ne trouve point en Angleterre, cette activité incessante que l'on rencontre sur le continent pour les publications médicales. On ne voit pas, comme en France, les feuilles nombreuses qui jettent dans le monde une masse de faits dont les bons esprits profitent toujours. Mais si le nombre des publications médicales est plus restreint, leur existence est moins éphémère et moins précaire. Les revues, qui tiennent une place si élevée dans la littérature et la politique, ont aussi une haute position dans le monde médical, et elles la comprennent. Si les journaux hebdomadaires reflètent peut-être avec partialité les travaux des médecins continentaux, c'est dans les revues trimestrielles qu'il faut chercher de la littérature et de la science médicale anglaise. La revue d'Édimbourg, et la revue médico-chirurgicale de James Johnson peuvent passer pour des modèles de publication, par l'esprit qui les dirige, les vastes connaissances des éditeurs, par un jugement exercé, comme aussi par le choix des sujets, et la manière noble et élevée avec laquelle ils analysent un ouvrage. La revue d'un livre ne laisse rien à désirer, et sous ce rapport, les revues anglaises sont bien supérieures à ce que l'on possède en France.

La Revue médicale anglaise et étrangère, éditée par John Forbes et J. Conolly, éditeurs de l'encyclopédie médicale, a pour but principal de répandre l'étude et le goût de la médecine continentale. Cette revue, parfaitement dirigée, est dans la tendance de tous les esprits qui se portent surtout vers la France et l'Allemagne, espérant d'autant plus de l'infatigable activité des savants continentaux, que jusqu'ici ils en ont beaucoup retiré. La revue de MM. Forbes et Conolly annonce de nombreuses relations avec l'Amérique. Nul doute que ces relations ne lui apportent d'abondantes richesses, et qu'elle ne se place au premier rang des publications anglaises.

La Lancette pourrait prendre le nom de Journal de la réforme médicale. Ce journal est sans cesse à la brèche, mais par la na-

ture même de son entreprise et par le but qu'il veut atteindre, ses feuilles contiennent trop souvent des personnalités qui en excluent la science.

La *Gazette médicale de Londres* donne fréquemment de bons articles puisés à de bonnes sources, mais on dirait qu'elle est honteuse, car ses éditeurs osent à peine se nommer. La direction de ce journal est purement scientifique ; on voit que c'est à regret qu'elle fait la guerre, quand sa puissante rivale, *la Lancette*, la force à se défendre.

The London medical and surgical journal est édité par un homme de mérite et d'une infatigable activité; il a pris à tâche d'importer en Angleterre le plus qu'il peut de médecine continentale, convaincu que le corps médical entier doit y gagner. Mais ces feuilles et ces revues périodiques ne peuvent cependant faire connaître complètement l'état de la science en Angleterre; c'est dans les hôpitaux et au lit des malades que l'on peut puiser des connaissances dépouillées de tout entourage. C'est à l'action qu'il faut juger les médecins et chirurgiens anglais; et certes, on ne se plaindra jamais de leur indécision.

Il existe une publication qui jouit à juste titre d'une haute renommée : elle porte le nom de *Transactions médico-chirurgicales.*

Les hôpitaux publient aussi des rapports où l'on peut trouver de la science médicale anglaise; car ces rapports sont le résumé des faits les plus marquants qui se sont passés dans leur enceinte.

Mais si les publications anglaises sont généralement peu riches en apparence, en matériaux nationaux, elles savent au moins augmenter leur avoir par le butin qu'elles rapportent de l'étranger. Les journaux français et allemands sont mis constamment à contribution. La France surtout donne en médecine une masse de faits et d'observations qu'il serait difficile de compenser par une exportation de médecine anglaise, dans l'état actuel; non qu'il n'y ait pas en Angleterre comme en France, des moyens de s'instruire, mais parce que les médecins, en général, paraissent travailler moins. Tant qu'il y aura en Angleterre, des médecins qui feront le commerce des médicaments, la science sera privée du concours de tous ces hommes pour son avancement, et la France exportera plus qu'elle ne recevra.

LIVRES REÇUS POUR LA REVUE.

Essai sur la Laryngite striduleuse, par Hugh Ley, M. D, publié par Churchill.

Jurisprudence médicale, par Taylor, F. L. S., publié par Deacon.

Sur les Écoles du continent, par Lee, M. D. C. S., publié par Churchill.

Pathologie et diagnostic des maladies de poitrine, par Williams, M. D.

Encyclopédie d'anatomie et de physiologie, par Todd, F. R. S., publié par Sherwood.

Esquisse de physiologie, par Mayo, F. R. S., publié par Burghess and Hill.

Anatomie et maladies de la vessie, par Guthrie, F. R. S.

Leçons sur le système nerveux, par Marshall Hall, M. D., F. R. S., publié par Sherwood.

Qu'est-ce que la phrénologie? par F. Lélut, D. M., publié par Trinquart.

De la Syphylis, par Lucas Championnière, publié par le même.

Hygiène des artistes dramatiques, par le docteur Brouc, publié par le même.

Physiologie des passions, par le baron Alibert, publié par Béchet. — Une nouvelle édition de cet ouvrage se prépare en ce moment; elle sera plus étendue que les précédentes.

Traité d'anatomie descriptive et raisonnée, par P. P. Broc, M. D. P., publié par Just Rouvier et Le Bouvier.

Le corps de l'homme ou l'anatomie et la physiologie humaines mises à la porte de toutes les classes de la société, par le docteur Galet, publié par l'auteur.

De la génération, par Girou de Buzareingues, in-8.

Imprimerie d'Hippolyte TILLIARD, rue Saint-Hyacinthe-Saint-Michel, n. 30.

MÉMOIRES ORIGINAUX.

HOPITAL SAINT-BARTHELEMY.

LEÇONS CLINIQUES DE M. LAWRENCE.

Hernies étranglées et Amaurose traumatique.

Nous avons eu à l'hôpital trois cas de hernies, où l'opération semblait nécessaire; tous trois sont sortis sans être opérés, de manière que nous courons risque qu'on ne nous reproche d'oublier le manuel opératoire. Quoiqu'il en soit, le couteau nous a été entièrement inutile; et pour vous faciliter la solution de cette question: faut-il ou ne faut-il pas opérer, dans un cas de hernie donné, irréductible en apparence? Je crois qu'il sera avantageux de passer en revue les trois observations qui se sont présentées à nous dans le court espace de huit jours.

Vous vous rappelez le premier cas : Un homme, âgé de 50 ans environ, très robuste, portait une hernie depuis huit ans; elle fut réductible durant neuf mois, et il porta un bandage; mais après ce temps, l'intestin ne rentrant plus sous sa main, il la négligea, et la porta sans en souffrir de grandes incommodités, jusque vers le milieu du mois passé; alors la masse intestinale s'accrut tout-à-coup, remplit le scrotum, et il souffrit violemment. Cependant les symptômes se calmèrent, et il continua à se livrer à son travail. Le 16 mai, une nouvelle portion d'intestin se précipita, il éprouva de la douleur, de l'anxiété, des vomissements, et fut porté à l'hôpital. Quand nous examinâmes le patient, il n'avait pas eu de selles depuis six jours, nous trouvâmes une hernie scrotale très volumineuse, le testicule se projetait en avant, et les diverses parties du cordon spermatique dédoublé, coiffaient la partie antérieure du sac herniaire. La masse était molle, peu rénitente, peu douloureuse, l'ouverture abdominale, donnant passage aux intestins précipités, était large et en proportion avec la hernie, le ventre était souple et affaissé, à l'endroit d'où la masse intestinale s'était déplacée; l'expression de la figure était naturelle, les yeux peu enfoncés, peu cernés, le pouls calme et sans dureté, mais il y avait constipation depuis six jours, on pouvait croire à l'étranglement; tranquillisé par le peu d'urgence que présentaient les

symptômes, et mesurant toute la gravité d'une opération dans un cas de hernie scrotale énorme, surtout si l'ouverture du sac devenait nécessaire, je crus pouvoir temporiser, et essayer des remèdes trouvés utiles dans ces affections :

Lavement avec une mixture saline.
Colchique avec calomel, gr. iv.
Sangsues xij sur le scrotum.
Application de glace.

Le lendemain, il n'y avait pas eu de selle, le lavement avait été expulsé, il était légèrement trempé d'un peu de matières fécales; l'état général continua le même jusqu'au soir où je le revis. Deux de mes collègues, que je consultai à son égard furent d'avis que l'opération ne pouvait être différée. Je répugnais à mettre à nu une masse intestinale aussi énorme que celle qui se trouvait dans le scrotum; j'aurais tout au plus débridé sans ouvrir le sac. Le malade, voyant notre indécision, fit trève à tout embarras en se refusant complétement à l'opération : si j'avais été couché à sa place, je vous assure que j'aurais fait de même. On prescrivit :

Calomel, gr. j.
Gomme gutte.
Coloquinte. — Application de glace.

Le patient prit trois fois la dose, et après eut des selles extrêmement copieuses, il remplit trois vases de nuit. Un élève de l'hôpital mit la main sur la tumeur, et les intestins rentrèrent presque d'eux-mêmes. Après la réduction, il y eut une nouvelle évacuation d'environ trois pintes d'une matière liquide. Le patient se trouva désormais parfaitement bien.

Vous voyez, Messieurs, les considérations qui m'ont guidé dans ce cas; l'expression naturelle de la physionomie, et surtout celle des yeux, qui ne manque presque jamais de s'altérer profondément chez les sujets qui portent une hernie véritablement étranglée, le volume de la tumeur, qui rend l'opération extrêmement grave, et cependant donne le plus souvent un pronostic favorable, parce que le canal où se trouve logé le col de la hernie est amplement dilaté, et qu'il y a plutôt engouement qu'étranglement; tout cela me rassura et me fit retarder l'opération. Remarquez-le bien, ce sont les hernies petites, et non celles qui sont volumineuses qu'on doit craindre, la constriction y est intime, l'anxiété, le malaise sont extrêmes, tous les symptômes alarmants, et il n'y a pas un moment à perdre. L'admi-

nistration même des purgatifs est impossible, parce que la langue, le pouls, les souffrances dénotent une excitation violente dans l'abdomen. — La glace qui a paru extrêmement utile dans les cas de hernie étranglée, ne l'a pas été ici. Le malade la supportait avec peine, et elle paraît avoir fait plus de mal que de bien.

Le second cas sur lequel je dois appeler votre attention est celui d'un homme encore dans la vigueur de l'âge; il porte une hernie inguinale depuis son enfance. La tumeur était peu volumineuse, il la négligea complétement, et ne porta jamais de bandage. Il y a quelques jours, à la suite d'un exercice violent, il vit la tumeur s'agrandir au point de prendre trois à quatre pouces de circonférence, il souffrit violemment de cette augmentation, mais ses selles ne se supprimèrent pas. Nous trouvâmes une tumeur qui resta irréductible malgré toutes nos tentatives; elle était peu tendue, peu douloureuse, l'expression générale était favorable. Nous crûmes pouvoir recourir à des purgatifs énergiques, afin de maintenir l'évacuation alvine, tout en cherchant à calmer l'état d'excitation inflammatoire dans la tumeur.

Calomel et coloquinte.

Sangsues, et application du froid sur la tumeur.

Des selles suivirent l'administration du médicament. Après huit jours de traitement, la hernie se réduisit en partie, laissant une petite tumeur dure, grosse comme une noix, et l'individu recouvra son état de santé habituel. On voit que l'on peut porter une hernie pendant très longtemps, même en ne s'en occupant aucunement sans en souffrir le moindre inconvénient. Ce qui reste de la hernie est dur, lobulé, presque insensible; je crus avoir eu à faire à une hernie épiploïque, puisque, malgré l'étranglement apparent, il n'y eut pas de suspension des selles; je fis appliquer un bandage, afin de prévenir l'aggrandissement de la tumeur.

Un troisième individu entra avec une hernie inguinale; il était âgé de 42 ans, la descente existait depuis vingt ans, du côté gauche; elle disparaissait la nuit, pour se reformer le lendemain quand l'individu sortait du lit : il n'employa aucun moyen contentif. Sous l'influence d'un effort violent, il sentit, vers le 21 avril, une douleur déchirante dans l'aîne; la tumeur avait pris tout-à-coup le volume de la tête d'un enfant; le 22, elle fut réduite en partie par un chirurgien appelé à son secours,

et le 25, il entra à l'hôpital. Incapable de se mouvoir, il fut porté sur les bras jusque dans le lit, où il est encore pour une affection qui semble indépendante de la hernie. Quand nous l'examinâmes d'abord, il était en proie à la fièvre, souffrait d'une soif brûlante, le pouls était affaissé, petit, à 120 pulsations par minute, l'état de malaise et d'accablement très prononcé. Cependant la tumeur était loin d'avoir le volume que le malade disait avoir existé; elle était molle, et comme la réduction se faisait facilement, nous crûmes que le praticien qui avait tenté la réduction d'abord, avait, par ses efforts pour l'achever, violemment contus l'anse intestinale précipitée :

Purgatifs. Sangsues.

Le patient se plaint d'une douleur insupportable au périnée, ses membres inférieurs se meuvent avec difficulté, et sont comme paralysés, toutefois la hernie est entièrement molle et indolente. Frappés de cette singularité, nous interrogeâmes de nouveau le malade, et nous pûmes nous assurer que la paralysie et la douleur des membres avaient préexisté à la hernie, et que c'était à tort que nous avions accusé le premier chirurgien appelé. Cependant ne pouvant remonter à la cause de l'affection, nous employâmes des moyens généraux, propres à le relever de l'état d'accablement où il était tombé.

Du vin et des toniques lui furent administrés.

Il est aujourd'hui dans un état de santé assez favorable, mais les membres n'ont pas repris leur mouvement.

Je fus appelé ce matin chez un monsieur qu'on croyait porter une hernie étranglée : un praticien distingué l'avait soigné en province, pour une tumeur près de l'arcade crurale du côté droit; il crut reconnaître un ganglion inguinal enflammé, prescrivit des sangsues, des cataplasmes émollients et des purgatifs. Le malade allait bien; ses affaires le forcèrent de se rendre à Londres. Il était hier à son déjeûner, quand tout-à-coup il se trouva extrêmement mal; il souffrait de douleurs violentes dans le ventre. Des personnes de l'art furent appelées, et d'après leur rapport, elles trouvèrent une hernie inguinale; la réduction fut effectuée, et la tumeur, en cédant, fit entendre le bruit de gargouillement, symptôme pathognomonique de la hernie intestinale. L'état d'anxiété, de malaise, n'avait pas cessé un moment; les symptômes parurent urgents, et je fus appelé pour procéder à l'opération. Quand je me trouvai près du malade, je 'examinai : je ne pus rencontrer la moindre tumeur; je sentais

parfaitement battre l'artère iliaque; je suivis soigneusement le cordon spermatique, et après les investigations les plus minutieuses, je restai persuadé qu'il n'y avait pas de hernie. Voyant une personne d'une complexion mince et frêle, d'une stature élevée; trouvant le ventre tendu, légèrement douloureux vers la région ombilicale, surtout sous la pression, une absence complète de respiration abdominale, et un pouls petit, étouffé et fébrile, je jugeai que nous avions à traiter une péritonite. L'opération me parut hors de tout propos, les selles étaient naturelles, et la défécation ne tardait pas à suivre l'injection des lavements. J'ignore quelle est la nature de la péritonite : nous prescrivîmes de concert avec les praticiens présents :

Sangsues, xxiv sur le ventre.
Calomel et opium.
Cataplasmes émollients.
Mixture saline.

Je ne sais quel doit être le résultat de ce traitement; j'irai revoir le malade aujourd'hui.

— Nous avons eu à l'hôpital, Messieurs, un individu qui, après une chûte violente sur le côté droit de la tête, fut frappé d'amaurose complète de l'œil droit; les paupières étaient ecchymosées, mais le globe oculaire n'avait pas porté dans la chûte. Quand il sortit de l'hôpital, il n'était pas même en état de distinguer la lumière. Il faut que l'ébranlement, la *commotion cérébrale* se soit concentrée sur la couche optique. Cet accident, comme conséquence d'une violence agissant sur le crâne, est rare; on voit plus souvent l'odorat ou l'usage d'un membre se perdre après une chûte ou un coup sur la tête. Je me rappelle cependant un autre exemple de ce genre, une personne qui avait reçu un coup violent sur la tête vint me consulter pour une amaurose; je ne pus parvenir à rétablir la vitalité de l'organe. Un coup sur le globe oculaire, même sans que celui-ci soit entamé, produit plus directement une amaurose : il y a *commotion de la rétine*, dans ce cas. J'ai eu occasion de voir un étudiant affecté d'une amaurose complète à la suite d'une contusion violente de l'œil. Dans une querelle qui s'était élevée entre le peuple et les étudiants, il reçut, au milieu de la mêlée, une grosse pierre dans l'œil; il en perdit immédiatement l'usage, cependant la partie semblait intacte.

Voici un autre genre de maladie de l'œil : Un homme, âgé de 30 ans, très robuste, souvent exposé au froid, mais habitué

à se réchauffer par de larges libations en spiritueux, fut affecté d'une ophthalmie tout-à-fait chronique par sa nature; l'œil semblait avoir souffert du froid. Il se forma une véritable conjonctive, sans qu'il existât aucune apparence de congestion inflammatoire. La cornée devenait de plus en plus obscure : c'était plutôt par un travail de déposition interstitielle que par une dilatation des vaisseaux qui rampent dans la muqueuse. Cette forme d'opacité de la cornée se rencontre rarement; mais elle montre que l'œil est absolument soumis aux mêmes modifications pathologiques que tous les autres tissus, et que les mêmes moyens thérapeutiques en triomphent. Il y avait un peu de douleur dans l'organe affecté; la céphalalgie était légère; on lui conseilla d'entrer à l'hôpital. Voici le traitement :

Ventouses aux tempes.

Purgatifs.

Après huit jours, la maladie avait complétement cédé; la cornée avait repris toute sa diaphanéité; et dans ce court espace de temps, l'ophtalmie, portant un caractère si particulier, avait complétement disparu sous l'influence des mêmes moyens dont on se sert pour combattre toute autre inflammation. *La chirurgie des yeux ne présente donc rien de plus remarquable que celle de tous les autres organes, le traitement est absolument le même.*

Phymosis. Ulcérations à caractères malins. Eruptions primitives.

Messieurs,

J'ai admis ce matin un jeune homme portant un phymosis volumineux; une matière âcre, sanguinolente, s'échappait en grande quantité d'au-dessous du prépuce. J'ai cru qu'il était nécessaire de débrider. Il sera utile d'étudier ici le gonflement inflammatoire des téguments de la verge, afin d'éclaircir cette question : Quand faut-il, et quand ne faut-il pas opérer? Pour répondre convenablement, il faut considérer les causes qui produisent l'étranglement inflammatoire, la nature de ces causes, et les conséquences qui peuvent en résulter si l'on ne s'y oppose pas énergiquement. La gonorrhée syphilitique doit être placée en première ligne. Elle donne lieu au boursoufflement inflammatoire du prépuce, à la tuméfaction du gland, à des ulcérations irritables, phagédéniques et gangréneuses (Sloughing). Le

prépuce, tégument composé en grande partie de tissu cellulaire lâche, s'infiltre, l'œdème inflammatoire va sans cesse en augmentant, l'orifice se ferme, et des fluides bien différents en caractère dans les diverses circonstances, s'échappe par l'ouverture rétrécie. Si cet état continue sans être combattu par des moyens appropriés, la gangrène s'empare des parties étranglées, le prépuce est percé par la mortification des parties et des lambeaux irréguliers qui ont été épargnées, semblent après quelques mois, former une seconde tête au pénis. Il est de rigueur de sacrifier ces restes difformes, quand le mal a opéré ses ravages avant qu'on ait été appelé à le combattre. Mais quand on se trouve à temps auprès du malade, il est important de travailler à prévenir la destruction du prépuce; on y parviendra en attaquant l'inflammation, qui ne tarderait pas à engendrer des ulcères. Si le mal dépend simplement d'une congestion inflammatoire, qu'il n'y ait ni mortification, ni tendance à la destruction des parties, les antiphlogistiques simples réussissent, les lotions émollientes, les bains locaux dans l'eau tiède, la position horizontale, les purgatifs, une bonne déplétion sanguine, si la constitution du sujet la comporte, triompheront ici comme dans toute autre inflammation. Mais les circonstances ne sont pas toujours aussi favorables. Dans la plupart des cas que nous rencontrons à l'hôpital, le mal s'est étendu plus loin. Il est presque toujours nécessaire d'engager une seconde canule au-dessous du prépuce, au-dessus de la partie médiane et supérieure du gland, et portant un bistouri courbé et très pointu jusqu'au cul de sa cannelure, et de fendre le prépuce dans toute son étendue. La division est nécessaire pour mettre à découvert les ulcérations cachées entre les parties tuméfiées; l'incision divisant des vaisseaux gorgés de sang, produit une déplétion salutaire, aussi abondante que si une grosse veine avait été ouverte dans le bras. L'influence de la déplétion a des effets d'autant plus heureux, qu'elle dégorge immédiatement les tissus enflammés. C'est ce qui est arrivé chez le jeune homme que nous avons opéré ce matin. La constriction réciproque que le gland et le prépuce exercent cesse à l'instant, un état de bien-être, d'aise, en est le résultat; les ulcérations livides, sanieuses, prennent un meilleur aspect, l'action rongeante est entravée. Quand les parties sont détachées, on n'a plus qu'à traiter un ulcère ordinaire. Chez le jeune homme que nous avons remarqué, il existait une gonorrhée depuis trois semaines. Le prépuce avait commencé à se gonfler, il y a trois jours, et la verge offrait ce matin le volume du poing. Il s'écou-

lait de l'orifice un liquide aqueux, sanguinolent, fétide, un point livide se dessinait sur le rebord du prépuce. Il fallut demander s'il était nécessaire d'opérer. L'aspect de l'ouverture préputiale, et surtout le mauvais caractère et la fétidité du liquide secrété, me décidèrent pour le débridement. Il est d'observation que quand on trouve un liquide sanguinolent sans consistance, comme de l'eau, ou bien un peu plus épais et sanieux, au lieu de pus véritable, on doit craindre l'existence d'une ulcération rongeante, gangréneuse. On divisa, et l'on trouva les tissus flétris, jaunâtres, livides, avec une tendance manifeste à la gangrène : c'est donc surtout la nature du liquide secrété qu'il faut consulter. S'il est aqueux, sanieux, fétide, la division est urgente; si l'on trouve du pus homogène, les antiphlogistiques simples calmeront les symptômes. On a dit, et cette opinion a été donnée par des personnes qui font autorité dans la science, que la plaie produite par la division du prépuce, s'entachait du virus syphilitique, devenait une vaste ulcération, et rendait la condition du malade beaucoup plus alarmante qu'avant l'opération : c'est une crainte chimérique. D'après tout ce que mon expérience a pu m'apprendre, je n'ai jamais rencontré cet accident, et l'opération me paraît plus spécieuse que fondée. Il ne faut pas rejeter l'opération, quand elle a été faite de la manière que j'ai décrite; le gland reste découvert en haut, et les deux lèvres du prépuce divisé pendent sur les côtés du gland. Pour éviter cette difformité, M. Jules Cloquet incise perpendiculairement au bord de chaque côté du frein. Il y a une rétraction suffisante pour faire cesser l'étranglement, et le prépuce continue à recouvrir le gland en guise de capuchon. Ce procédé est excellent, quand on n'a pas à opérer pour un phymosis accidentel; je m'en suis servi chez un jeune homme qui crut devoir se soumettre à l'opération, pour se débarrasser de certaines incommodités résultant de l'étroitesse congénitale du prépuce. Il en retira les plus grands avantages. Cependant dans les cas comme celui que nous avons vu ce matin, le gland est ulcéré, et il faut le mettre à découvert, afin de pouvoir agir immédiatement sur le mal. Or cela ne peut s'obtenir que par le premier procédé; le second pourra être suffisant quelquefois, et alors il faut y avoir recours.

Dans la salle Saint-Lazare, est un malade nommé Williams Smith, âgé de 31 ans. Il porte une ulcération phagédénique qui a dévoré une grande partie du prépuce. Il y a huit semaines qu'il a été exposé à la contagion; un chancre s'est développé peu à

peu, et a commencé son cours de destruction. Nous voyons chez le malade un cas où la syphilis est vierge de tout traitement; nous pouvons y étudier la marche non altérée de l'ulcère vénérien, et les conséquences inévitables de l'infection, si la maladie est abandonnée à elle-même. Une pareille occasion se présente rarement à l'observateur, parce que les praticiens de toutes les classes, avec ou sans titre, ne tardent pas à s'emparer de la maladie, et de l'attaquer avec des avantages plus ou moins marqués. Il n'est pas jusqu'à l'homœopathie qui, si elle parvient à s'établir pendant quelque temps, ne nous donne quelques observations; car les doses infinitésimales me paraissent en résumé devoir être regardées comme une absence complète de tout médicament. L'opinion généralement reçue est que la vérole poursuit toujours une marche ascendante vers l'altération des organes, et qu'elle va de mal en pis. C'est ce qu'on peut vérifier sur le sujet que nous observons. L'ulcération phagédénique, depuis le commencement, se développa tous les jours davantage, sans paraître ni plus dangereuse, ni plus maligne. La première semaine, le jeune homme remarqua une gerçure, bientôt une ulcération douloureuse; il la vit ramper et s'étendre. Deux semaines après, il éprouva une sorte d'accès de fièvre. La céphalalgie, la brisure des membres, et surtout une vive douleur dans les épaules, le tourmentèrent pendant quelque temps. Une quinzaine avant son entrée à l'hôpital, des éruptions vénériennes occupaient le front et la face. Il prit une douzaine de pillules dont nous ignorons la composition; mais elles n'entravèrent en rien la marche du mal. Il se lava la verge; quand il se présenta à nous, la moitié du prépuce était détruite, et les corps caverneux disséqués. L'ulcération offrait tous les caractères phagédéniques ne tendant qu'à détruire. Une couche d'une matière jaune, inorganique, comme lardacée, en tapissait le fonds, des points se dessinaient çà et là; il n'y avait pas, dans cet ulcère si vaste, une douleur remarquable; les membres seuls souffraient vivement. Hunter a considéré ce symptôme comme conséquence de la maladie vénérienne; il l'appelle la douleur des parties. Elle passe de la peau aux os, quelquefois dans un espace très court. L'éruption sur le front et la face forme chez notre malade, des tubercules sur lesquels la peau semble un peu altérée, mais n'est pas changée en couleur. On se demande ici naturellement, faut-il, dans ce cas, administrer le mercure, et quelle est la meilleure méthode pour l'employer? Il règne sur l'usage du mercure,

dans les ulcérations phadégéniques, tant primitives que secondaires, une différence d'opinions bien remarquable; quelques auteurs le rejettent complétement. La différence d'opinions me paraît résulter des ulcérations que l'on a considérées comme phagédéniques. On peut établir trois degrés bien distincts : le *summum* de la malignité est atteint par l'ulcération rongeante gangréneuse; après vient l'ulcération phagédénique proprement dite, dont la marche vers la destruction est moins prompte; en troisième lieu, il faut ranger l'ulcère enflammé irritable. S'il faut employer le mercure dans un cas, il est de toute nécessité de connaître les circonstances qui le réclament, et de posséder un guide certain pour son administration. Dans l'état le plus violent du mal, où une douleur accablante travaille le malade, où la constitution est profondément affectée, dans l'ulcération rongeante enfin, le mercure doit être proscrit; les antiphlogistiques, pour calmer l'irritation, les opiacés, pour mitiger les souffrances, la salsepareille, soit en extrait, soit en décoction, voilà les moyens auxquels il faut avoir recours. Dans l'ulcération phagédénique, quand les tissus ont un aspect livide, que la surface de l'ulcère est affaissée, sans granulation et sans vie, rien n'est plus utile que le mercure. C'est ce genre d'ulcération que nous avons rencontré chez Williams Smith, aussi nous avons prescrit : Calomel, gr. ij., opium, gr. 1/3.

Aujourd'hui l'ulcère présente un aspect plus animé, des granulations se forment, et nous ne doutons pas de la guérison. Les gencives sont boursoufflées, les glandes salivaires légèrement atteintes, mais la constitution n'a pas souffert. J'ai vu beaucoup de cas d'ulcérations phagédéniques dans les salles de l'hôpital, leur marche était lente, insidieuse, l'usage judicieux des mercuriaux a toujours été l'ancre de salut. Ce serait une erreur fâcheuse que de dire le contraire, d'autant plus que l'ulcération ne siége pas toujours sur le prépuce, dont on peut assez bien se passer, mais souvent elle attaque et dévore le gland, qui est indispensable.

On voit ici clairement que les éruptions vénériennes n'attendent pas toujours les symptômes secondaires pour se développer, et qu'elles peuvent être primitives.

TABLEAUX DES FORMES ÉLÉMENTAIRES DES MALADIES.

Par Robert CARSWELL, M. D.

Sur l'Hypertrophie.

La France et le monde savant ont applaudi aux belles recherches et aux travaux de l'infatigable Cruveilhier; l'Angleterre, qui marche de si près avec la France dans la carrière scientifique, applaudit à son tour aux travaux du docteur Carswell, qui a importé en Angleterre des richesses pathologiques immenses, puisées dans nos hôpitaux, nos salles de dissections, nos cours, et dans les relations journalières avec nos plus grands professeurs. — Dans les travaux de M. Carswell, la France revendiquera donc une part; c'est à son foyer qu'il a allumé le flambeau dont il éblouit maintenant ses concitoyens, et ce sera pour nous un double plaisir que de profiter de ses recherches, et de savoir à quelle source il a puisé.

Le docteur Carswell a publié plusieurs fascicules; nous ne pourrions marcher de pair avec les productions quotidiennes, si nous revenions sur nos pas; et nous allons donner la substance du huitième fascicule sur l'hypertrophie.

S'il est une circonstance dans laquelle on pourrait faire des objections au titre de *Forme élémentaire* des maladies, c'est sans contredit dans les hypertrophies; car il n'est pas plus possible de suivre les mouvements élémentaires d'accroissement des tissus, que de suivre de l'œil l'ombre d'un cadran solaire. Il faut des intermittences d'observation, pour s'apercevoir de la progression et de la croissance des tissus. Dans certaines maladies, la mélanose, le tubercule, le dépôt de matière étrangère ou anormale peut être suivi de l'œil, métaphoriquement parlant; mais l'hypertrophie des mêmes tissus ne peut tomber ainsi sous les sens; et l'observateur le plus minutieux, le microscope en main, ne peut voir et noter que des effets, tant les éléments sont insaisissables. Il y a dans l'accroissement ou la nutrition des phénomènes de chimie vivante ou d'attraction que l'investigation humaine ne peut encore suivre de l'œil, comment alors les présenter par la peinture ou le dessin.

Mais loin de nous la pensée de nous arrêter à une critique mesquine de mots; le plan que nous voulons suivre n'est pas un

plan d'attaque ou de dépréciation, notre tâche est toute éclectique, notre but est le progrès, le moyen de l'atteindre est la comparaison; conséquemment ce qui nous reste à faire, c'est de présenter les travaux du savant et laborieux observateur, qui nationalise, dans sa patrie, l'étude et le goût de l'anatomie pathologique.

Le docteur Carswell a établi trois causes locales d'hypertrophie :

1° L'action fréquente et accrue d'un organe dans l'exercice normal de ses fonctions.

2° Un obstacle accidentel à l'accomplissement des fonctions d'un organe.

3° L'influence longtemps continuée d'un stimulant morbide.

Il n'y a pas d'organes ni de tissus qui ne puissent s'hypertrophier sous l'influence de l'une ou l'autre de ces causes; elle peut affecter un organe entier, ou l'un, ou plus, de ses tissus élémentaires; elle peut être la seule liaison perceptible, ou être accompagnée d'autres états maladifs.

Il y a tant d'exemples bien connus d'hypertrophie par l'action extrême de l'organe dans l'accomplissement de sa fonction naturelle, qu'il est inutile de les énumérer. Les jambes des danseuses, les bras des porteurs d'eau, le cœur, chez les individus sujets a un exercice corporel excessif, tous offrent des exemples d'hypertrophie de ce genre. Nous rencontrons la même chose dans les viscères, ou parties qui se trouvent appelées à remplir au-delà de leurs fonctions ordinaires, par suite d'affections des autres viscères ou autres parties; par exemple, qu'un des poumons se trouve comprimé, l'autre se développera; qu'un des reins soit malade, le volume de l'autre augmente. Il est inutile de multiplier des exemples de ce genre.

La seconde espèce d'hypertrophie, celle qui résulte d'un obstacle accidentel à l'accomplissement de fonction d'un organe, est très ordinaire; le cœur s'hypertrophie par la contraction de l'aorte ou de l'artère pulmonaire, ou des orifices auriculo-ventriculaire. Les causes les plus fréquentes d'hypertrophie de la tunique musculaire de l'estomac ou de diverses parties du canal intestinal, sont le rétrécissement de ces parties et de l'orifice pylorique par le développement de formations accidentelles dans leurs parois, par des saillies de leur surface interne, ou plus souvent encore par la cicatrisation d'ulcères. L'accumulation du contenu de ces organes est toujours accom-

pagnée d'un accroissement de leur capacité. Les maladies de la glande prostate, et le rétrécissement de l'urèthre, qui obstruent pendant longtemps le passage de l'urine, et occasionent une accumulation de ce fluide dans la vessie, sont suivies d'hypertrophie et d'une dilatation plus considérable de cet organe qu'en toute autre circonstance. L'obstruction du conduit des uretères détermine la dilatation du canal au-dessus et l'épaississement de ses parois. D'autres conduits excréteurs offrent un pareil développement dans les mêmes circonstances. Le docteur Carswell cite un cas remarquable de dilatation des lymphatiques de l'aine.

« M. Amussat fut appelé auprès d'un jeune homme, âgé de 26 ans, qui avait été pris, la veille, d'une vive douleur dans l'abdomen et de vomissements fréquents. Ces symptômes, joints à la présence d'une tumeur dans chaque aine, presque de la grosseur d'une orange, ne laissèrent nul doute que le malade avait des hernies étranglées; mais il y avait une prostration telle qu'on ne tenta pas de les réduire par une opération. En examinant le corps après la mort, la seule circonstance remarquable était la dilatation énorme des lymphatiques de l'aine jusqu'en haut, incluant le conduit thoracique. On s'aperçut que les tumeurs que, dans l'enfance du malade, on avait traitées de hernies doubles (car nous apprîmes que depuis lors, il portait un double bandage), étaient produites par la grande dilatation des lymphatiques des glandes inguinales. En les incisant, au lieu de trouver une structure compacte, elles offraient l'apparence d'une éponge grossière, tant le volume de tous ces vaisseaux s'était accru; la plupart ayant de une à trois lignes de diamètre; tous les lymphatiques du bassin et de la région lombaire offraient un changement encore plus remarquable; aucun n'avait moins de deux lignes de diamètre, un grand nombre en avait de trois à quatre, et le conduit thoracique en avait de sept à huit. Comme on ne rencontrait aucun obstacle dans le canal thoracique, ni à sa terminaison, qui puisse rendre compte de la dilatation des vaisseaux lymphatiques, dans ce cas singulier, et comme ils n'avaient éprouvé aucun changement perceptible, je suis disposé à considérer cet exemple comme un vice de conformation de ces vaisseaux, surtout si nous y ajoutons le fait recueilli dans l'histoire de la maladie, c'est-à-dire l'existence dans la jeunesse d'un accroissement des glandes inguinales, dont j'ai expliqué la nature. »

La troisième variété d'hypertrophie, par cause locale, ou celle résultant de l'influence soutenue d'un stimulant morbide, a souvent lieu dans les organes cutanés, muqueux, cellulaires, fibreux, osseux et glandulaires. Elle n'est pas rare dans les muscles involontaires, et se rencontre quelquefois dans le cerveau, les nerfs et leurs ganglions; le docteur Carswell néanmoins fait observer qu'il est souvent difficile de distinguer ce simple état hypertrophique de celui où l'action inflammatoire a conduit au dépôt de lymphe coagulable qui s'est ensuite organisée.

Les exemples de ce genre d'hypertrophie sont communs dans les tissus cutanés et muqueux, dans l'ulcération chronique de l'un et de l'autre, et dans l'irritation et l'inflammation chronique de ce dernier, surtout dans la membrane muqueuse du canal aérien, du tube digestif et de la vessie urinaire. Non seulement tout son tissu peut s'hypertrophier, mais les parties qui le composent peuvent se développer si peu naturellement, que son tissu, devenu plus grossier, est plus apparent et plus distinct que dans l'état normal.

On remarque un développement semblable par suite d'inflammation chronique dans la structure élémentaire de la membrane muqueuse, ainsi que de ses follicules et villosités. Dans la membrane muqueuse des bronches et de la vessie urinaire, les villosités ne se distinguent pas dans l'état de santé, elles se développent par l'hypertrophie.

L'hypertrophie du tissu cellulaire, après une irritation ou une inflammation chronique, est sans doute la plus fréquente de toutes. Les tissus cellulaires sous-cutanés et sous-muqueux sont ceux qui s'affectent le plus souvent. Les membranes séreuses ne paraissent pas susceptibles d'hypertrophie; on ne la rencontre pas non plus dans les membranes fibreuses ni les tendons. Le docteur Carswell considère le dépôt athéromateux et stéatomateux, qui se manifeste à la surface de la tunique médiane des artères et des veines, ou entre la médiane et l'intérieure, comme autant d'exemples d'hypertrophie de ces vaisseaux, au moins c'est là le sens que nous donnons à ses paroles, qui sont vagues et obscures : si nous l'avons bien interprété, nous prendrons la liberté d'être d'un avis contraire. Ces dépôts sont aussi clairement une nouvelle formation que l'est la matière du scrofule ou du tubercule, ou toute autre production morbide. Même en accordant que la tunique intérieure se soit épaissie par l'irri-

tation, excitée par la présence de ces nouvelles substances, il est certain que c'est le résultat d'une inflammation chronique; et le tissu est non seulement épaissi, mais il est altéré. Si l'on considère l'hypertrophie comme une maladie, elle consiste dans l'accroissement de structure naturelle de la partie; si l'on admet comme hypertrophie l'augmentation de volume par altérations de structure, la dénomination n'aura plus de bornes, et toutes les croissances morbides, tous les changements organiques accompagnés d'accroissement de substance, se trouvent nécessairement inclus dans cette désignation générique. Dans tout ce que nous avons vu, les altérations de la tunique médiane des artères n'étaient pas des exemples francs d'hypertrophie simple. Pour la plupart, la tunique médiane était plutôt absorbée qu'épaissie; mais quand elle était épaissie, nous avons trouvé sa structure altérée; et les propriétés qui dépendent de sa structure naturelle, de son élasticité et de sa contractilité, étaient sensiblement dérangées. Le docteur Carswell nous donne une description des changements qu'il a remarqués dans des cas d'anévrisme du cœur : la citation est un peu longue; le fait est digne d'attention.

La première lésion qu'on aperçoit dans l'anévrisme d'une portion ou de la totalité des parois d'un des ventricules du cœur (j'en ai vu plusieurs exemples, et toujours dans le ventricule gauche), est, à tous égards, semblable à celle qui précède si souvent la formation d'anévrisme des artères. La membrane séreuse qui recouvre la surface interne du ventricule, offre, dans un espace circonscrit, qui varie depuis un quart de pouce jusqu'à un ou deux pouces de large, ou ainsi que je l'ai vu dans deux cas, d'une moitié aux deux tiers de toute son étendue, une couleur jaune pâle; elle est devenue opaque, est fortement réunie au tissu cellulaire au-dessous, qui a la même couleur, et est très épaissie. Dans la même situation où l'on voit ces changements, et quelquefois dans une étendue aussi grande, on remarque des dépressions, cavités ou sacs, au nombre de une jusqu'à trois, et quelquefois plus; elles sont recouvertes par la membrane séreuse et le tissu cellulaire, qui semblent avoir été graduellement étendus et poussés en dehors, entraînant la substance musculaire du cœur, et enfin causant son atrophie, seul changement qui survienne dans ces cas. La formation de ce sac anévrismal dépend évidemment de deux causes : 1° la perte de résistance de la membrane séreuse, par suite de maladie; 2° la

force musculaire du cœur qui conjointement avec le sang, force la membrane à céder, la pousse en dehors, et sa compression interrompt la circulation capillaire du tissu musculaire, qui s'atrophie par absorption interstitielle, et favorise l'opération continuelle de la cause mécanique. En même temps, la membrane séreuse et son tissu cellulaire condensé, s'allonge graduellement, et fournit une couverture lisse, quoique quelquefois inégale, au sac dont le fond n'est quelquefois pas plus grand que l'ouverture par laquelle elle communique à la cavité du ventricule; d'autres fois il est plus grand; ce n'est que dans cette circonstance qu'elle contient du coagulum ou une quantité de fibrine.

Outre les conditions morbides de la membrane recouvrant l'intérieur et de son tissu cellulaire, qui déterminent l'anévrisme circonscrit du cœur, il y en a d'autres qui y ont rapport, et paraissent avoir la même origine; je les ai toujours rencontrées conjointement avec la dilatation uniforme du ventricule dans la direction des parois malades. Dans les cas où j'ai observé cette espèce de dilatation, les surfaces opposées du péricarde étaient intimement adhérentes par un tissu cellulaire consistant, résultat d'une péricardite antérieure; la membrane interne du cœur et son tissu sous-cellulaire offraient les mêmes apparences que dans l'anévrisme circonscrit; mais il y a d'ailleurs une quantité plus ou moins grande de tissu cellulo-fibreux, occupant la situation de la substance musculaire du ventricule, quelquefois au travers de toute l'épaisseur de ses parois. Ainsi que je l'ai dit, c'est dans la situation de ce tissu que s'opère la dilatation. Il est clair, d'après les circonstances déjà citées, et surtout d'après ce dernier fait, que l'inflammation en est l'origine ainsi que de la forme circonscrite de la dilatation, puisqu'on trouve toujours des adhérences accompagnant cette forme. Néanmoins il est important de remarquer que la formation du tissu cellulo-fibreux qui remplace le tissu musculaire du cœur, n'a pas son origine dans l'effusion et l'organisation de la lymphe coagulable. J'ai pu le suivre distinctement jusqu'à la séparation de la fibrine du sang, forcée dans la substance du cœur, par suite du ramollissement et de la rupture de quelques-unes de ses fibres musculaires; on reconnaissait facilement la transformation de la fibrine en tissu cellulo-fibreux.

Le docteur Carswell fait le résumé des affections hypertrophiques de diverses parties. Le développement de la rate après

une fièvre intermittente, paraîtrait dépendre de la dilatation de la structure cellulo-vasculaire. Les os sont quelquefois considérablement hypertrophiés par l'inflammation de leur propre substance ou du périoste. On trouve rarement l'hypertrophie du tissu musculaire par irritation, excepté dans les muscles involontaires ; ainsi les muscles des bronches, dans les bronchites chroniques; du colon, dans la dyssenterie; de la vessie, dans ses contractions, se développent à l'extrême.

Le docteur Carswell appelle l'attention sur ce fait pratique très important, qu'ordinairement après les péricardites, le cœur se développe et le péricarde adhère à sa surface. Nous considérons ce fait comme important, attendu que s'il y a des symptômes d'affection des organes circulatoires, et s'il y a eu rhumatisme antérieurement à cette époque, le praticien soupçonnerait de suite l'existence d'un péricarde adhérent et d'une hypertrophie du cœur, et examinerait cet organe pour s'assurer de l'exactitude de son opinion.

Notre auteur passe rapidement sur le développement des organes glandulaires par suite d'irritation, et de diverses portions du système nerveux par la même cause. Ces observations ne contiennent rien qui doive nous arrêter; il admet que l'hypertrophie a lieu quelquefois sans cause apparente, ainsi que dans les tumeurs graisseuses, la croissance extraordinaire des cheveux, les excroissances pendantes de téguments, etc.

Il termine par l'énumération des caractères physiques de l'hypertrophie. Le volume de la partie s'accroît par l'hypertrophie ; mais quoique le volume du tissu augmente, il n'en est pas toujours de même de la grosseur actuelle de tout l'organe. Par exemple, les parois des ventricules du cœur ou de la vessie peuvent s'accroître matériellement; cependant la vessie et le cœur conservent leurs dimensions ordinaires. L'hypertrophie des parois a lieu aux dépens de la cavité. En d'autres cas, il y a hypertrophie de la tunique musculaire des organes creux, quoiqu'elle ne soit pas plus épaisse; elle est, au contraire plus amincie : dans ce cas, il y a dilatation de la cavité. On conçoit qu'il doit exister une plus grande quantité de muscles. L'hypertrophie peut être le résultat d'une augmentation de consistance et d'une organisation plus compacte; indépendamment des changements dans le volume et la capacité, on la rencontre dans les tissus et organes musculaires, cellulaires, et surtout dans ceux glandulaires. On sait que le poids d'un organe s'accroît par l'hy-

pertrophie ; mais comment déterminer si ce poids est augmenté ou diminué ? Quel degré de comparaison adopterons-nous ? De tous les organes, le cœur est peut-être le plus susceptible d'hypertrophie, et ce changement est des plus importants ; cependant nous n'avons pas de degré généralement admis pour juger de son développement. Ainsi que l'observe le docteur Carswell, Laënnec considère que l'on peut prendre la grosseur du poing, comme degré de comparaison, pour déterminer les dimensions normales du cœur ; Lobstein fixe son poids à neuf ou dix onces, Cruveilhier à six ou sept, et Bouillaud à huit ou neuf onces ; chez les individus au-dessous de 25 à 60 ans, une ou deux onces de moins chez ceux de 16 à 25 ans, et chez les personnes grandes et robustes à dix ou onze onces.

Cette diversité d'opinions sur le poids et le volume normal du cœur, considéré dans son entier, se renouvelle aussi dans les dimensions qu'on a assignées à l'épaisseur de ses parois et à ses cavités. Laënnec remarque seulement que l'épaisseur des parois du ventricule gauche devrait avoir un peu plus du double de celle du côté droit. Voici les mesures que Lobstein donne de l'épaisseur normale des parois des ventricules et des oreillettes : ventricule droit, deux lignes et un quart ; ventricule gauche, sept lignes à sa base, et quatre lignes un peu au-dessus de son sommet ; l'oreillette droite une ligne, l'oreillette gauche une demi-ligne. Bouillaud établit le terme moyen de l'épaisseur du ventricule droit à deux lignes et demie, et celle du gauche à sept lignes ; de l'oreillette droite à une ligne, et de la gauche à une demi-ligne. L'accroissement de consistance est le résultat ordinaire de l'hypertrophie. Elle est quelquefois considérable dans le tissu cellulaire, les glandes lymphatiques et le cerveau.

Les parties hypertrophiées sont quelquefois plus hautes en couleur, mais le plus souvent elles sont, au contraire, plus pâles. Ce dernier incident est sûrement dû à la compression des vaisseaux sanguins de la partie.

La forme des parties change aussi, surtout si l'hypertrophie n'est que partielle. Le docteur Carswell fait la remarque, que l'on observe dans les organes creux quelques-uns des changements les plus prononcés, et il ajoute quelques variétés de dilatation des bronches qui méritent attention.

Dans la première variété de formes qui accompagne la dilatation, les branches du deuxième, troisième et quatrième ordre

sont en forme de fuseau, chaque branche augmentant graduellement en grosseur, dans la direction de sa distribution, jusqu'à ce qu'elle ait acquis des dimensions très considérables variant d'un quart de pouce à un pouce de diamètre. La seconde variété qui s'offre dans de très petites bronches, et principalement dans celles qui sortent des côtés des grandes bronches, sont pyriformes, le tube dilaté ayant une attache étroite et pédiculée, et un fond arrondi de trois à six lignes de diamètre. Dans la troisième variété, qui se manifeste en général dans les bronches du quatrième ordre, la dilatation est globulaire, toute la circonférence de ces tubes étant également dilatée dans une étendue circonscrite. Quelquefois une, mais le plus souvent plusieurs dilatations globulaires, soit contiguës, ou séparées l'une de l'autre à des intervalles irréguliers, occupent la même bronche, et varient depuis quelques lignes à près de deux pouces de diamètre. La dernière variété a lieu dans les plus petits tubes bronchiaux; dans plusieurs de ceux-ci dilatés dans une portion circonscrite du poumon, il se forme de petits groupes de corps ronds ou ovoïdes, de la grosseur d'une graine de lin, d'un pois ou d'une cerise; quand on les sépare soigneusement du tissu pulmonaire, ils ont la forme d'une grappe de raisin. Cette variété est quelquefois compliquée d'emphysème, les bronches dilatées se trouvant remplies d'une sécrétion épaisse muqueuse ou mucoso-purulente, et les cellules aériennes gonflées d'air; et quand elle n'est pas très considérable, on peut la confondre avec cette dernière maladie. Quand elle est située dans le lobe supérieur du poumon, on peut aussi la prendre pour une excavation multiloculaire tuberculaire, quand elle est recouverte d'une membrane muqueuse lisse de nouvelle formation. On peut aussi faire la même erreur dans le cas de variété globulaire occupant la même place.

Telles sont les observations du docteur Carswell sur l'hypertrophie; elles sont étendues et précieuses, et méritent l'attention de tous ceux qui désirent être au niveau de la pathologie du jour. Les planches de cet ouvrage sont aussi belles que d'ordinaire, ce qui n'est pas un mérite peu considérable.

HOPITAL DE GUY (*service de M. Adisson*).

MALADIE DU FOIE.

Ictère verte. Défécations graisseuses.

John Wilkinson est âgé de 45 ans, d'une taille élevée, d'une complexion passablement robuste, mais sèche, d'apparence cachectique. Jusqu'à une époque récente, il jouit d'une santé sans atteinte, si ce n'est qu'il eut quelques rhumatismes. Quoique n'ayant pas l'habitude des spiritueux, il se gorgea par intervalle d'abondante quantité de bière, quelquefois de genièvre et d'eau de vie. Son travail habituel, comme inspecteur des ouvriers des routes publiques, eut lieu à l'air libre, et souvent il fut obligé de se tenir dans l'eau pendant des semaines entières. Il y a quinze ans qu'il fut atteint d'une pneumonie dont il guérit parfaitement.

Une semaine avant Noël dernier, il cherchait des racines dans les champs (turneps), quand tout-à-coup il fut pris d'un frisson violent, sans autre symptôme d'abord, mais bientôt ses compagnons remarquèrent qu'il devenait jaune. Les frissons se répétèrent, les selles devinrent copieuses, et le malade, qui avait résisté aux premières atteintes de l'affection sans s'en occuper, s'affaiblit graduellement et entra à l'hôpital le 15 février de cette année.

A l'examen, on remarqua une teinte ictérique répandue sur tout le corps ; la couleur était plutôt verdâtre que jaune ; la sclérotique offrait la même coloration. — La base du côté droit de la poitrine est évidemment plus bombée que la gauche. Le foie peut être senti à deux pouces en dessous du rebord costal. Le ventre est légèrement balonné, mais sans fluctuation perceptible. Les membres sont décharnés, les fonctions intellectuelles et circulatoires sont normales, le pouls est faible et a 70 pulsations. Il y a un peu de toux catharrale, l'auscultation ne démontre aucune lésion pulmonaire. — Langue pâle, à lisière blanchâtre, appétit persistant, pas de soif, pas de rapports ni d'éructations acides ou désagréables, un peu de douleur à l'hypocondre droit ; selles molles, blanches, muqueuses tous les jours ; sommeil soutenu, urine très foncée.

Traitement. — Par les purgatifs, séné, aloës, magnésie,

sous-carbonate d'ammoniac, fiel de bœuf, le malade reste dans le même état, le ventre est libre, mais il s'affaiblit graduellement, les selles continuent très blanches jusqu'au 28 février. Alors un phénomène nouveau se présente; on remarque une matière graisseuse très distincte au milieu des matières fécales, dont elle s'isole complétement en se coagulant. Le même phénomène a lieu les jours suivants, mais la quantité est moindre, bientôt il disparaît. L'affaiblissement du malade continue, mais le foie semble diminuer de volume. Le 19 mars, la matière graisseuse se montre de nouveau abondamment, du sang se mêle aux matières. Du 20 au 28 mars, accablement, selles blanches, muqueuses, striées de sang; 1er avril, un peu d'hémorragie, peu de sommeil, peu d'appétit; 12 avril, le malade, se trouvant mieux, sort sans être guéri, et malgré l'avis du médecin.

Mais bientôt le malade se repent de sa fuite, les forces qui revenaient, l'avaient abandonné de nouveau; son accablement s'est rapidement accru, des vomissements ont eu lieu; il a rejeté par haut et par bas des matières aussi noires que son chapeau, dit le malade, et il s'empresse de rentrer à l'hôpital de Guy, pénétré de la grande imprudence qu'il a commise, et recevant avec une expression de douleur et de repentir les reproches que lui adresse le médecin.

Sa face devient grippée, le pouls est faible, petit, sans fréquence, la respiration lente, l'accablement extrême; mais à le voir, on n'aurait pas cru sa fin si prochaine. La teinte verdâtre semble de plus en plus se rembrunir. Il succombe le 14 avril.

Autopsie. — Le foie n'offrait aucune dégénérescence organique; il était seulement gorgé de sang et de bile. La vésicule hépatique, les conduits cholédoques et cystiques sont fortement dilatés, et remplis d'un fluide biliaire poisseux; leur extrémité est engagée sous une vaste tumeur, mécaniquement obstruée par elle, de manière que le passage de la bile dans l'intestin est complétement empêché.

L'estomac n'offre pas de signe remarquable d'altération; seulement il est refoulé par la tumeur. Celle-ci, d'une nature maligne, formée d'une substance dure, coriace, squirrheuse, d'après toutes les apparences est constituée par le pancréas dégénéré et hypertrophié. Tous les symptômes que l'on a observés pendant la vie dépendent donc de l'affection de cette glande.

Une sérosité limpide, en petite quantité, de manière à se

dérober à la percussion, se trouvait épanchée dans l'abdomen.

Observations.

Portal cite un cas semblable à celui que nous venons de rapporter. La partie droite du pancréas tuméfiée et dure comprimait l'orifice du canal cholédoque; dans une autre circonstance, il cite une observation dans laquelle le même orifice était obstrué par une tumeur cancéreuse située dans le duodénum.

Lorsqu'un des canaux hépatiques et cholédoques, dit Bonnet, est obstrué, la bile s'accumule au-dessus de l'obstacle, et par son séjour, devient un stimulant pour les vaisseaux biliaires et les derniers ramuscules de ces vaisseaux. De là l'irritation se propage au parenchyme hépatique; et c'est alors seulement que la jaunisse se manifeste. Si l'obstacle à l'écoulement de la bile explique parfaitement l'ictère chez ce malade, reste à chercher la cause d'un phénomène ou rare, ou trop peu observé : les matières graisseuses qui ont été rencontrées dans les matières fécales. Quelle est la cause de ce phénomène? La tumeur aurait-elle comprimé les vaisseaux de l'abdomen et surtout la veine-porte; et la compression de cette veine-porte aurait-elle donné lieu à la production de la matière graisseuse? Ce fait isolé mérite l'attention des observateurs; peut-être servira-t-il à expliquer les dégénérations graisseuses du foie.

OBSERVATION SUR UNE FRACTURE COMPLIQUÉE DE LA ROTULE.

Par sir ASTLEY COOPER.

Extrait du deuxième Rapport de l'Hôpital de Guy.

L'observation suivante est extraite d'une lettre que reçut sir Astley Cooper de M. Lawrence, dont les soins habiles méritent considération. Dans l'observation rapportée, sir Astley Cooper lui-même avait été appelé en consultation.

La nuit du 15 juillet 1834, dit M. Lawrence, je fus appelé pour un capitaine des dragons de la garde, qui s'était fracturé la jambe.

L'accident arriva à onze heures; le capitaine avait dîné avec ses amis à quelque distance de sa maison. La nuit étant fort noire,

le capitaine, revenant au galop, se frappa contre une grande voiture pesamment chargée, qui venait en sens opposé. La jambe droite du capitaine vint en contact contre la roue, et la violence du choc fut telle que l'homme et le cheval furent renversés. En examinant le membre, je trouvai que la rotule était brisée en plusieurs morceaux; la blessure était contuse, irrégulière, et pouvait laisser pénétrer trois doigts dans l'articulation. La blessure saigna librement; il sortit aussi une abondante quantité de synovie; il y eut peu de tuméfaction de parties environnantes.

Après avoir lavé toutes les substances étrangères, les fragments de l'os fracturé furent mis en contact, et la blessure soigneusement réunie et maintenue par des bandelettes de sparadrap; une compresse fut établie au-dessus et au-dessous pour maintenir les fragments en position; une bande fut roulée autour de la cuisse pour retenir le muscle extenseur et l'amener sur le genou. Le membre fut placé dans un appareil bien rembourré, et le talon élevé; le corps fut un peu incliné en arrière, autant que cela pouvait se faire sans gêner le malade. Une lotion fut appliquée sur les parties malades, et un anodin administré.

Le 16, le malade ne dormit pas. Il y eut beaucoup de dérangement dans les fonctions générales, quoique le genou fut tranquille et sans grande douleur. — *Deux pilules apéritives et une médecine noire :* à onze heures, sir Astley Cooper et M. Vannoc virent le malade. On se décida à tirer vingt onces de sang, à enlever le bandage, et à mettre du plâtre sur le genou à partir du milieu de la jambe jusqu'au haut de la cuisse.

17, Le malade dort. Selles libres, symptômes constitutionnels moindres, genou bien. — On continue une lotion froide avec une potion anodine le soir, et de temps en temps des potions apéritives.

Il est inutile de donner tous les détails de cette observation. Le malade se porta mieux de jour en jour. Il n'y eut pas de gonflement ni la moindre inflammation dans le genou; l'appareil ne fut pas changé pendant cinq semaines, et alors on trouva guérie la blessure réunie par *première intention;* cependant au centre, la cicatrisation n'était pas complète, et il restait une dénudation de la surface d'une pièce de dix sous. — Dès que ce point fut guéri, on permit au malade de faire quelques mouvements passifs; au bout de trois mois, il marchait avec un bâton, sans boiter beaucoup. En lisant le rapport de cette observation,

on ne peut s'empêcher de remarquer l'absence de gonflement, d'inflammation, et la faible douleur qu'éprouvait le malade : cela doit être attribué sans doute à l'effet des lotions qui se faisaient ainsi.

Un petit baquet contenant la lotion était placé sur le membre, d'où plusieurs fils sortaient et agissaient comme des syphons capillaires, conduisant autant d'eau que c'était nécessaire pour tenir constamment mouillée une pièce de toile fine qui était sur la partie affectée. La chaleur et l'inflammation étaient ainsi modérées par une évaporation constante et uniforme. Cette méthode d'employer des lotions froides est usitée depuis deux ans dans l'hôpital de Brigthton. Sir Astley Cooper a présenté un plâtre moulé du genou, à l'hôpital de Guy : il montre les portions de la rotule brisée, unies par des ligaments et recouvertes par un tégument qui a besoin d'un protecteur élastique en caoutchouc.

OPÉRATION DU TRÉPAN POUR MALADIE DU CRANE,

Extrait du deuxième Rapport de l'hôpital de Guy (*Londres*).

Pierre Robert, âgé de 26 ans, né en France, admis à Guy's hopital, le 22 octobre 1835.

Sept ou huit ans avant cette époque, il avait fait une chûte de cheval ; il tomba sur la tête, et resta trois heures évanoui ; quand il parut avoir repris ses sens, on le replaça sur son cheval, et il revint chez lui, où tous ceux qui le virent crurent qu'il était ivre ; en conséquence, on le mit au lit : il demeura deux jours en cet état ; ce fut alors qu'on s'aperçut qu'il avait une forte *contusion* à la tête.

Le docteur Robertson, un des médecins de *Northampton infirmary*, fut appelé : il ordonna une saignée et une purgation. Pendant quelque temps, le malade empira, et fut sujet à des accès de frénésie. Cependant au bout de trois mois, on le crut parfaitement guéri ; et il reprit ses occupations habituelles. Il était cuisinier dans la maison du duc de Groston.

Quatre ans après, il lui fallut encore se remettre entre les mains de la faculté : on avait remarqué depuis quelque temps un grand changement dans son caractère et ses habitudes. De doux et tranquille qu'il était, il était devenu irascible et turbulent, la mémoire commençait à lui manquer. Il se plaignait

continuellement d'éprouver dans la tête des battements insupportables. On attribua ces symptômes à trop d'application à ses travaux ; bientôt on s'aperçut que son bras droit se paralysait, et qu'il ne cessait de grincer les dents.

Le docteur Probert *de Bury St. Edmund's* le visita ; et ordonna la saignée, des applications froides à la tête, des vésicatoires aux jambes, et quelques autres prescriptions qu'on a oubliées. Par les soins de ce praticien, le malade se rétablit par degrés ; il resta néanmoins sujet à quelques retours des mêmes accès ; et pendant leur durée, il avait des évacuations urinaires et alvines involontaires. Il arriva qu'un jour, ses pieds ayant été exposés au froid se crevassèrent ; et il s'ensuivit, au dire de sa femme, une diminution marquée dans les autres symptômes.

Le malade resta pendant quelque temps dans le même état. Sa position l'empêchant de se livrer à ses occupations, sa femme l'emmena à Londres, et le confia aux soins de M. Scoot de *Brood street* pendant deux mois à peu près. Ce médecin fut, à ce qu'il paraît, le premier qui s'aperçut qu'il existait *une bosse* ou *exostose* à la tête, à l'endroit même qui avait porté lors de la chute : c'était à environ un pouce de l'angle *supérieur* et *postérieur* du pariétal gauche. M. Scoot conseilla au malade d'aller à Margate ; il y resta deux mois, mais ne parut en éprouver aucun soulagement.

Six mois après, tous les premiers symptômes et la paralysie reparurent. Cette dernière affection avait toujours lieu, selon le rapport de sa femme, au retour de la nouvelle lune ; et en effet la seule attaque qu'il en éprouva pendant son séjour à l'hôpital vint à cette époque.

Sir Georges Juthill et M. Scoot se trouvèrent en consultation, et prescrivirent un traitement. Sir Georges vint encore le lendemain, et annonça que sa présence étant inutile, il ne reviendrait plus.

Le malade se rétablit encore une fois ; mais au bout de onze mois, une attaque beaucoup plus grave que les précédentes survint. On envoya chercher M. White de *Parliament street*, qui refusa d'entreprendre la cure. On conduisit Robert à Paris, où il resta près d'un an ; son état empirant, on le plaça à Bicêtre, sous les soins de M. le docteur Ferrus. Tout le temps qu'il demeura dans cet hôpital, aucune amélioration ne se fit sentir ; il devint corpulent. On le ramena en Angleterre, où quelque temps après le docteur Hodgkin fut consulté.

Sur l'historique du cas, le docteur Hodgkin soupçonna que *l'enlèvement par le trépan d'une partie de l'os où se trouvait l'exostose* pouvait seul offrir une chance de soulagement. Cette opinion fut partagée par le docteur Bright, sir Astley Cooper et M. Morgan. En conséquence, l'homme fut admis à l'hôpital. Voici l'état où il se trouvait :

Gai, docile, buvant, mangeant et dormant bien; il ne se plaignait d'aucune douleur, même au toucher, pendant les dernières années de sa maladie, il avait la constante habitude de grincer des dents, ne cessait de parler de ses affaires et de chanter tout bas. Ayant résidé deux ans en Angleterre, il en connaissait la langue; mais depuis son accident, il la parlait rarement, et lorsqu'il répondait aux questions qui lui étaient faites en anglais, c'était toujours en français.

Six jours après son entrée à l'hôpital, il empira visiblement; il était agité, ne dormant pas et ne pouvant rester au lit, courant çà et là en battant des mains et faisant d'autres actions étranges. Puis après être resté deux jours dans cet état, il eut une légère attaque de paralysie au bras droit, la raison s'altéra davantage; on lui administra huit grains de calomel. Le jour suivant, il était pire et tout-à fait ingouvernable; il avait le teint animé, les gestes violents; il rejetait sans cesse la couverture de son lit.

Novembre, 3. La nuit qui précéda le jour où il fut opéré, fut sans sommeil, le même état d'irritation se maintenant. Il courait à travers la chambre en fredonnant. Voyant sa femme, il se mit à pleurer; et après lui avoir dit qu'il allait mourir, il se coucha par terre et sanglotta comme un enfant.

M. Morgan pratiqua l'opération, et enleva *un morceau circulaire de l'os* à l'endroit où l'on a déjà *dit qu'était l'exostose*. Sur la surface interne de la partie enlevée, la carie était évidente. La dure-mère adhérait fortement à l'os; la membrane elle-même avait acquis plus d'épaisseur. Les pulsations du cerveau n'étaient pas apparentes.

Pendant les quatre heures qui s'écoulèrent après l'opération, une grande excitation eut lieu. La face était rouge, le pouls était vif et plein; le malade évitait la lumière : une artère qui avait été divisée, s'ouvrit; il en sortit une grande quantité de sang. Alors il devint calme, et pour la première fois, depuis plusieurs mois, il appela sa femme par son nom, demanda une tasse de thé; vers le soir, il s'endormit, et reposa près de dix heures. Un simple cataplasme fut appliqué sur la blessure. Le

ventre devint libre par l'effet d'un purgatif administré la veille au soir. La dilatation qu'on avait remarquée à la pupille de l'œil gauche avait disparue le matin avant l'opération. Le jour d'après, les grincements de dents avaient cessé.

On mit le malade dans une chambre à part, ce dont il parut très satisfait. Dans la soirée du 4, il eut de la fièvre ; on compta jusqu'à cent pulsations. On voulut le saigner, il s'y refusa ; on lui donna alors un autre purgatif qui opéra promptement ; il dormit ensuite. On pansa la plaie, et l'on en fit sortir une grande quantité de matière séreuse avec un peu de sang. Le 6, comme il y avait tuméfaction au crâne, M. Morgan fit deux ou trois incisions ; il en sortit encore quelques matières.—Les pulsations furent de 70 à 80 durant le jour. Le 8, il parla avec plus de facilité et de raison ; il commença à parler anglais à ceux qui n'entendaient pas le français.

Robert demeura dans cet état pendant quelques semaines ; et comme, durant cette période, on ne remarqua aucune autre amélioration, il fut renvoyé de l'hôpital. Les seuls avantages qu'il avait paru retirer de l'opération étaient d'avoir reconnu sa femme, et *recouvré la faculté de parler anglais.*

Observations.

Si nous citons cette opération, c'est que nous étions présent lorsqu'elle eut lieu ; nous avons vu le malade ; nous avons touché la tête, sur laquelle la protubérance en question était peu prononcée ; et si quelque chose nous a étonnés, c'est qu'on ait pu se décider à faire l'opération sur des motifs aussi légers.—Nous savons que M. Foville a conseillé l'opération du trépan dans quelques cas de maladie de l'encéphale ; mais ce praticien s'est bien gardé de préciser les cas, et certes nous n'hésitons pas à dire qu'il aurait reculé devant l'opération pour le malade dont il s'agit : l'opinion générale des chirurgiens et médecins continentaux est que l'opération du trépan ne doit être pratiquée que dans les fractures avec esquilles, dans les fractures avec enfoncement de fragmens, ou lorsque ces fractures sont accompagnées d'épanchements sur la *dure-mère ;* mais dans le cas présent, rien n'indiquait la nécessité de cette opération. Où en serait-on, en effet, s'il fallait trépaner toutes les fois que l'on sentirait une exostose sur le crâne, même à la suite d'une chute. « On ne doit pas appliquer le trépan, dit le baron Larrey, pour les plaies de tête avec fracture des os du crâne, quelle que soit l'étendue de

la fracture et la multiplicité des rayons qui en partent, si les pièces osseuses ne sont *pas enfoncées*, et s'il n'y a point de corps étrangers, ni de symptômes de *compression* bien évidents.

On comprendrait jusqu'à un certain point que l'opération eût été pratiquée peu de temps après la chute du malade; mais on ne le comprend pas dix ans après. Pendant le temps qu'il reste à l'hôpital de Guy, rien n'indique la compression du cerveau. Il y a un dérangement des facultés intellectuelles, mais ni coma, ni paralysie. Un instant avant l'opération, on dit devant nous que le malade avait perdu *son anglais*, et l'on pensait que l'opération lui ferait retrouver les mots de cette langue. Il est vrai que l'on conteste la localisation des facultés en phrénologie; mais nous n'avons jamais vu qu'on eût placé l'organe du langage à un pouce de l'angle supérieur et postérieur du pariétal. C'est là cependant que fut pratiqué le trépan pour retrouver l'usage de la langue anglaise. Le rapport dit qu'après l'opération, il parla anglais à ceux qui ne parlaient pas français, qu'il parut raisonner plus juste. Nous ne voulons pas contredire le rapport; mais nous avons rencontré le malade Robert après sa sortie de l'hôpital. Nous n'avons pu *en obtenir un mot d'anglais*; probablement il l'avait perdu *de nouveau*; quant à son état mental, il ne nous a pas paru amélioré, et il nous est permis de croire que cette opération de trépan fut pour le moins complétement inutile. Si l'on veut suivre le conseil de M. Foville pour l'opération du trépan, il faut choisir des cas plus appropriés, où les chances seront en faveur de l'opération et du malade.

BRULURE DE LA BOUCHE, DE L'OESOPHAGE ET DU PHARYNX.

François, artiste dramatique, âgé de 45 ans, d'une belle constitution, arriéré dans ses affaires, et ayant éprouvé des contrariétés d'amour propre, et des inquiétudes réelles sur la perte d'un privilége dont il jouissait, se coupe la gorge avec un rasoir. L'instrument ne divise que la peau, et n'endommage que faiblement quelques muscles, tels que le sterno-cléido-mastoïdien, le sterno-hyoïdien, le scapulo-hyoïdien. Le rasoir, portant sur le cartilage thyroïde, fut repoussé; et bien que la plaie s'étendît d'un sterno-mastoïdien à l'autre, elle ne présentait aucune gravité, car aucun vaisseau important n'avait été lésé. La blessure

faite par le rasoir fut réunie par plusieurs points de suture, et la plaie marchait vers une prompte cicatrisation.

Huit jours après le premier accident, le dimanche 22 novembre, le malade ayant éprouvé de nouveau quelques contrariétés domestiques, fut laissé seul devant le feu. Depuis sa première blessure, il avait constamment témoigné le désir qu'il avait de mettre fin à ses jours. Trompés par un calme apparent, ceux qui le servaient le surveillèrent de moins près. Un vase en cuivre, que l'on appelle en Angleterre *teakatle*, et qui sert à tenir l'eau bouillante pour faire le thé, se trouvait alors sur le feu et par conséquent sous la main du malade. Le malheureux, poursuivi par la crainte de son déshonneur qu'il disait imminent, se voyant en butte à une cabale organisée pour lui ravir son privilége, prend cette teakatle et s'efforce d'avaler l'eau bouillante qu'elle contenait. Au premier instant, la douleur lui fait lâcher prise; ses lèvres et sa bouche sont brûlées, mais il n'a pas avalé d'eau. Surmontant tout-à-coup cette douleur, il saisit de nouveau le vase dont l'eau était bouillante, et en avale plusieurs gorgées. Persuadé alors qu'il en a assez fait pour mourir, il s'assied.

Lorsque ceux qui le servaient entrent dans la chambre, il les apostrophe, leur dit qu'ils seraient enfin débarrassés de lui, qu'il a trouvé moyen de sauver son honneur, et leur reproche en même temps de l'avoir laissé seul.

Le docteur B. fut appelé une demi-heure après que le malade avait avalé l'eau bouillante. Il le trouva parlant beaucoup et délirant. Les lèvres, la langue, le palais, tout l'intérieur de la bouche, la luette, les amygdales et le fond de l'arrière-bouche étaient brûlés, d'un blanc mat. La brûlure était intense; car les membranes et les tissus sous-jacents se gonflaient presque à vue d'œil.

La lèvre inférieure sur laquelle avait reposé le bec du teakatle, était noircie; car la brûlure s'étendait jusqu'à la peau qui se continue avec la membrane muqueuse des lèvres. Les glandes salivaires sécrétaient une grande quantité de salive. Le malade ne cessait de parler; il refusait les liquides qu'on lui présentait, voulant mourir et ne rien faire pour vivre.

Le docteur B. ordonne des gargarismes opiacés qui calment un peu les douleurs. Le malade consent à tout prendre de sa main.

Le soir, la langue avait presque doublé de volume; tout

l'intérieur de la bouche était tuméfié; il y avait à craindre que l'épaississement de la glotte et des parties supérieures du larynx ne permissent pas le passage de l'air, et le malade pouvait mourir d'asphyxie pendant la nuit.

Vingt sangsues sont appliquées autour du cou. Malgré la perte de sang, le malade s'agite sans cesse pendant la nuit et le jour suivant; il fait des efforts convulsifs. La voix est éteinte; par ses gestes, il repousse tout secours. Le pouls est faible; l'œsophage ne laisse rien passer. Cataplasmes autour du cou.

24. Nuit très agitée, hoquets, le malade fait des efforts incroyables pour éviter la suffocation. Saignée. L'aphonie commence à se dissiper; le malade se fait entendre; la tuméfaction de la langue diminue. La surface supérieure se fendille. Les bords des lèvres se dépouillent. L'intérieur de la bouche présente des détachements partiels de membranes épaissies. Le malade fait usage de gargarismes lactés; car les gargarismes astringents ou détersifs font éprouver une vive douleur, surtout dans les solutions de continuité. Quand on touche les espèces d'escharres épaisses blanches qui tapissent l'intérieur de la bouche, le malade n'éprouve aucune sensibilité.

Le 25, le malade passe une bonne nuit. La voix est revenue; une suppuration abondante et d'une odeur fétide a remplacé la salivation : cette suppuration semble venir principalement de l'arrière bouche et de l'œsophage. Les escharres des lèvres se détachent complétement; elles sont épaisses, compactes. Le pouls est à l'état normal. Le malade a plus de force; il respire aisément; il déplore ce qu'il a fait, se plaint d'avoir été laissé seul.

Il ne peut rien avaler. Trois médecins voient le malade. Le docteur B. propose l'usage de la sonde pour prévenir la réunion des parois de l'œsophage, d'où vient la suppuration. Le conseil n'est pas adopté. Le malade prend un bain et des lavements. Il a recouvré toute sa raison. Il est affectueux, docile; il est reconnaissant des soins qu'on lui prodigue. Mais il conserve du ressentiment pour la personne qui devait le soigner, et qui l'a laissé seul; il ne veut pas la voir.

26. Le malade n'a pas dormi. Il avait été agité par la visite d'un ami qui lui avait fait des reproches de sa conduite. Toute la nuit il se plaignait du peu de ménagement de son ami. Il demandait la mort, se frappait la poitrine avec force. *Un bain, des lavements anodins.* Il semble que les tissus qui recouvrent

le palais se détachent; des lambeaux de membrane épaissie, on dirait même des escharres blanches, se détachent aussi des parois de la bouche et de dessus la langue. La parole est libre, la respiration également et le pouls normal. Mais rien ne passe à travers l'œsophage, malgré les tentatives du malade.

27. La nuit est mauvaise; le malade n'a pas dormi. Un médecin est appelé en l'absence du docteur B. Il conseille la crême, qui ne passe pas non plus à travers l'œsophage. Enfin le docteur B. prend sur lui d'introduire une sonde dans l'œsophage. Le malade s'y refuse, y consent enfin, mais la supporte avec peine; la sonde pénètre dans l'œsophage; mais à un pouce et demi au-dessous de son ouverture, elle est arrêtée. Il semble qu'il s'est formé un cul de-sac irrégulier; car la sonde pénètre à un demi-pouce plus bas du côté droit que du côté gauche. Tout semble indiquer que les parois de l'œsophage sont adhérentes. Quelques gouttes d'eau sont introduites dans l'œsophage; mais elles ne pénètrent pas dans l'estomac. Le médecin ordonne des sangsues autour du cou; elles ne sont pas mises. L'intérieur de la bouche est presque entièrement nétoyé. Il n'y a plus de suppuration; mais alors il y a une sécrétion abondante de salive épaisse, filante, dont le malade a de la peine à se débarrasser. On lui donne des lavements nutritifs qu'on lui fait prendre à grand peine. Le docteur B. fait mettre le soir, avant de quitter le malade, un vésicatoire sur la poitrine. Le malade se plaint de la soif; sa voix est claire, nette; il a toute sa raison : avant cette terrible boisson, dit-il, je pouvais boire, boire de l'eau, de la bierre... boire, ah! qui me fera boire! Le docteur B. fait mettre un bassin d'eau près du malade, et lui fait éponger le visage. Il s'en trouve mieux.

Le 28, le malade se plaint de suffocation; il respire avec peine. Il délire par moments, se plaint constamment de la soif. On tente, mais vainement, l'introduction de la sonde; elle est arrêtée. Mais l'eau dont il se mouille le visage, le soulage. Lavements nutritifs.

Le 29, le malade souffre un peu moins. Le pouls est à son état normal. Il perd cependant de ses forces. Lavement nutritif.

30, Même état; le pouls baisse. L'intérieur de la bouche est bien; il n'éprouve plus de douleur, mais il a soif. Il parle moins.

1er décembre. Même état. Les forces diminuent.

2 décembre. Le malade est vu par le docteur A. Le malade ne veut plus prendre de lavement.

Le 3, il se plaint d'une vive douleur au côté droit. On applique un vésicatoire.

Le 4, le malade s'affaiblit d'autant plus que ses lavements ne lui sont plus administrés régulièrement.

Le 5, à huit heures du matin, mort.

Autopsie refusée.

Observations.

Ce qui frappe le plus dans cette maladie, c'est que le malade ait pu vivre quinze jours avec une brûlure qui avait enlevé toutes les parties intérieures de la bouche, qui avait brûlé l'œsophage au point d'y établir une grande suppuration, et qui devait nécessairement avoir lésé d'une manière grave l'estomac. L'autopsie que le docteur B. demanda à faire dans l'intérêt de l'humanité et de la science, fut refusée par une femme ignorante qui méconnut les volontés du malade. Il était de la dernière importance de constater s'il y avait ou non adhérence des parois de l'œsophage, afin que l'on comprit plus tard, dans des cas analogues, l'importance d'établir une sonde œsophagienne, avant que la suppuration s'établît et avant que l'adhérence eût lieu. Il était important aussi de voir jusqu'à quel point l'estomac était lésé par un liquide qui, en parcourant toute la longueur de l'œsophage, avait dû perdre de sa force. Les trois derniers jours qui précédèrent sa mort, le malade se plaignit de douleurs violentes dans la région du foie. L'autopsie seule pouvait éclaircir ce point; on aurait trouvé sans doute les conduits biliaires gorgés de bile, peut-être un état inflammatoire consécutif; on aurait pu rapprocher cette hépatite accidentelle produite par l'absence de liquides dans l'estomac, de l'hépatite des pays chauds. Mais les préjugés et l'ignorance mettent dans tous les pays des entraves aux progrès des sciences. Quoiqu'il en soit, les observations de brûlures par des liquides étant plus rares que les brûlures externes, il est à désirer que ceux qui s'occupent de cette spécialité traitent la question complétement, et donnent aux jeunes praticiens quelques règles qui puissent les guider. Pour nous, nous n'hésitons pas à dire que dans les brûlures internes, il ne faut pas hésiter à établir une sonde œsophagienne, afin de prévenir l'occlusion complète de l'œsophage, et de conserver par là une voie de plus, si ce n'est pour guérir et sauver le malade, du moins pour le soulager. Les brûlures par des liquides bouillants ne sont pas rares chez les enfants; mais habituellement leur action se borne à l'intérieur de la bouche.

OBSERVATION SUR LA LITHOTRITIE,

En réponse à une lecture de sir Ch. Bell *à l'hôpital de Middlesex.*

Par le docteur CIVIALE.

Toute doctrine qui a pour appui un grand talent et une position éminente, exerce de l'influence, alors même qu'elle a été déduite de pures spéculations ou de données inexactes. Celle que sir Charles Bell vient d'émettre, au sujet de la lithotritie, ne peut donc manquer d'avoir un certain retentissement.

Ce n'est pas la première fois qu'on remarque dans les publications faites en Angleterre, sur l'art de détruire les calculs vésicaux, des erreurs graves que je me serais empressé de relever, s'il n'eût été évident que les écrits qui les contenaient, devaient naissance à l'intérêt personnel plutôt qu'au désir de répandre la connaissance d'une opération incontestablement utile. Le silence et le mépris sont la seule réponse qu'un homme qui se respecte doive à des libelles; mais ici la position a changé, car la science seule se trouve intéressée dans la question que vient d'aborder l'une des illustrations chirurgicales de l'Angleterre. Aussi hésité-je d'autant moins à prendre la défense de la lithotritie que l'article de sir Charles Bell ne saurait altérer ni la haute estime que m'inspire son noble caractère, ni l'admiration que je professe hautement pour son profond savoir et ses importants travaux. J'espère donc qu'il accueillera mes réflexions avec bienveillance.

Personne ne contestera la justesse des remarques qui servent d'introduction à l'article de sir Charles Bell : que la pierre impose des tortures aux malades; que les dangers de la taille fassent naître l'anxiété dans leur esprit et dans celui du chirurgien; que le vague des moyens de diagnostic inspire une pénible inquiétude; que l'opération exerce une influence profonde sur le moral des calculeux et des assistants, etc.; ce sont là autant de points à l'égard desquels les avis n'ont jamais été partagés, et nul encore ne s'est avisé de contester que, pour faire convenablement les incisions de la cystotomie, il fallût être anatomiste et chirurgien exercé. Quant aux précautions à prendre lorsqu'on

extrait la pierre, et au ridicule de ceux qui jugent le mérite du lithotomiste, d'après le nombre de minutes qu'il emploie pour terminer une opération, tous les praticiens qui voient dans l'exercice de leur art autre chose qu'une occasion de briller et de parler aux yeux, sont unanimes à ce sujet; et je me félicite d trouver les opinions émises dans ma quatrième lettre sur la lithotritie en accord parfait avec celles de sir Charles Bell. Il ne serait cependant pas juste de confondre la marche mesurée qu'il convient de suivre dans toute opération chirurgicale grave avec la lenteur qu'occasionent les tâtonnements rendus nécessaires par des obstacles imprévus, ou impossibles à écarter. Ces dernières circonstances doivent entrer en ligne de compte toutes les fois qu'il s'agit d'apprécier une méthode quelconque. Lorsqu'elles se présentent, le chirurgien peut *regarder sa montre*, et compter les minutes, sans donner à penser qu'il a *reçu une éducation impropre*; car les minutes sont longues pour le malade placé sous le couteau de l'opérateur.

Mais il est un point par rapport auquel j'adresserai quelques remarques à l'honorable chirurgien de Middlesex; je veux parler des circonstances qui font rencontrer si souvent encore des calculs volumineux ou en très grand nombre, et des lésions organiques plus ou moins profondes. Il est malheureusement trop vrai que la plupart des malades qui craignent d'avoir la pierre reculent autant que possible devant les moyens capables d'éclairer sur la source de leurs maux; car ce qu'ils redoutent le plus, c'est de voir leurs soupçons se convertir en certitude. Mais cette pusillanimité ne naît pas de la maladie; elle tient à la terreur qu'inspire la taille, seule ressource que l'art ait possédée jusqu'à nos jours. Un homme atteint de la pierre ne voit, d'un côté, qu'atroces souffrances ayant la mort seule pour terme, et de l'autre, une effroyable opération, dont la douleur paralyse tout courage. Faut-il donc s'étonner de son hésitation, alimentée d'ailleurs par les conseils des praticiens les plus sages, qui veulent avec raison qu'on n'opère qu'à la dernière extrémité. Sir Charles Bell a entrevu l'influence morale que commence à exercer un moyen curatif moins effrayant et moins périlleux que la cystotomie. Déjà, en effet, les malades tardent moins à réclamer les secours de l'art. Cette influence aura une portée bien autre encore, lorsque les chirurgiens eux-mêmes, pénétrés de leurs devoirs, et n'écoutant que la voix de l'humanité, cesseront d'entretenir le doute sur les avantages de la nouvelle méthode;

lorsque surtout, abjurant tout esprit de système, ils voudront bien ne plus envisager les faits à travers le prisme de leurs préventions. Je me trouve heureux, du moins, de n'avoir point à parler ici des suggestions de l'envie et de l'intérêt privé; car de pareils sentiments ne pourraient trouver accès dans le cœur de mon noble confrère.

A l'occasion de la destruction des calculs dans la vessie, sir Charles Bell fait quelques remarques sur la sensibilité que certains tissus possèdent dans l'état morbide, et qu'on ne reconnaît point, dit-il, au moment de l'examen; mais qui tardent peu à se développer et à produire les plus graves accidents. Il se fonde sur les douleurs locales et les troubles généraux qui succèdent parfois à la simple introduction du doigt dans le rectum pour explorer la prostate, et spécialement au passage d'une sonde ou d'une bougie dans l'urètre. Mais d'abord cette douleur consécutive, ces mouvements fébriles, ces accidents nerveux, etc., sont des phénomènes exceptionnels, et qui se rattachent à des prédispositions inconnues. On ne les observe pas, à beaucoup près, chez tous les malades qui ont été sondés. En second lieu, l'expérience journalière constate qu'ils ne se voient guères qu'après les premiers cathétérismes ou les premières explorations, et que l'introduction réitérée des instruments, au lieu de fatiguer les parties, en diminue la sensibilité à tel point, qu'après un certain nombre de répétitions, il n'y a plus ni douleur locale, ni symptômes généraux. La lithotritie n'a fait que confirmer cette vérité, en ce qui concerne l'urèthre et le col vésical; mais elle a prouvé aussi, ce qu'on avait ignoré jusqu'alors, que le même résultat a lieu dans la vessie. Et c'est là un fait important, qui grossit la liste de ceux par rapport auxquels l'expérience ne confirme point les spéculations de la théorie.

Dans l'appréciation qu'il a faite de la sensibilité, d'après les conséquences entraînées par quelques opérations de lithotritie, sir Charles Bell me paraît avoir été induit en erreur pour avoir négligé une observation que j'ai faite depuis longtemps, savoir que dans certains procédés de brisement des calculs, notamment celui qu'il adopte, la manœuvre froisse et meurtrit les parois vésicales, surtout lorsqu'elle n'est point exécutée avec toutes les précautions nécessaires. Ces lésions, quoique peu douloureuses, peuvent avoir des suites graves, comme je l'ai prouvé ailleurs, en indiquant le moyen de les éviter. Mais l'honorable chirurgien de Middlesex a trop de lumières et d'équité pour vouloir attri-

buer à la méthode elle-même, ce qui résulte uniquement d'un de ses procédés, et des fautes qui ont pu être faites dans la mise en œuvre de ce procédé. D'ailleurs, si la sensibilité occulte de la prostate et du col, ou des parois de la vessie, jouait, dans la lithotritie, le rôle qu'il lui attribue, de quelle influence ne serait-elle pas aussi dans la cystotomie, celle surtout qui se pratique au périnée, et qui est presque la seule qu'on emploie en Angleterre? Car, dans cette opération, il ne s'agit plus d'un simple frottement produit par le passage d'un instrument : ce sont des incisions profondes, des distensions, des froissements, des déchirures. Ces effets ont lieu jusques dans les cas même les plus simples; et l'on ne saurait calculer quelles en sont l'étendue et la gravité, lorsque la pierre a beaucoup de volume. Aucun malade ne survivrait à de pareils désordres, si l'opinion de sir Charles Bell était fondée. Heureusement elle ne l'est pas; et l'expérience a prouvé au cystotomiste qu'on peut agir même avec une certaine force sur le col vésical, sans s'exposer à de si grands accidents.

M. Bell insiste beaucoup sur les sensations que produit la lithotritie, et spécialement sur les douleurs qui surviennent après l'opération; car il reconnaît que le malade en éprouve peu pendant sa durée, ce qui n'est toutefois pas sans exception. Juger une question de pratique d'après un petit nombre de faits, est un écueil que mon illustre confrère n'a point su éviter. Quelques malades placés hors des conditions favorables que j'ai nettement tracées, ont effectivement éprouvé des douleurs par suite de l'application de la lithotritie; mais ce sont là des cas exceptionnels. Dans la grande majorité, au contraire, les souffrances diminuent à dater du jour où l'opération commence. C'est un fait à l'égard duquel on ne peut plus élever le moindre doute. Ainsi ces surcroîts de douleurs pour les séances consécutives, et ces dangers qui semblent à M. Bell rendre l'opération si formidable, si souvent mortelle, n'existent point, à proprement parler.

La direction de l'urèthre, et le passage d'instruments droits par ce canal, ont fourni matière à tant de recherches et de controverses, qu'on ne devait guères s'attendre à les voir reparaître sur le tapis. L'honorable chirurgien de Middlesex revient cependant sur ces questions, et reproduit des arguments auxquels on a cent fois répondu. Il y a d'autant plus lieu d'en être surpris que ses connaissances profondes en anatomie, et sa vaste

pratique chirurgicale l'ont certainement mis en mesure de réduire à leur juste valeur, et l'espèce de convention tacite qu'on avait admise pour la direction de l'urèthre, et les motifs qui ont fait donner à la sonde ordinaire la courbure qu'on lui connaît, comme aussi de reconnaître la facilité avec laquelle ce canal peut être ramené à la direction rectiligne. L'expérience journalière constate que l'introduction des sondes droites est facile, peu douloureuse et exempte de dangers. Sur quoi donc se fonde sir Charles Bell pour admettre que ces instruments violentent l'urèthre et le col vésical, et qu'ils sont très dangereux? Il a oublié de le dire. Je ne saurais comprendre l'assertion de M. Bell. Faut-il donc répéter sans cesse qu'avec les instruments droits, on ne fait, mais seulement d'une autre manière, que ce qui s'opère avec les instruments courbes, et tous les jours avec les sondes ordinaires elles-mêmes. Dans l'un et l'autre cas, en effet, on redresse l'urèthre. Lorsqu'une sonde ordinaire a été introduite, la partie qu'occupe l'urèthre est droite, et toute la partie courbe se trouve dans la vessie, puisqu'en explorant ce viscère, on abaisse le pavillon jusqu'à rendre l'instrument parallèle aux cuisses du malade. Les instruments courbes qui servent au brisement des calculs sont dans le même cas. Une fois qu'on les a introduits dans la vessie, ils agissent sur l'urèthre comme les instruments droits : la seule différence consiste dans la manière de les introduire. Or cette différence constitue un procédé soumis à des règles précises, que j'ai fait connaître, et qui ont reçu la sanction d'une expérience déjà longue. J'avoue que je ne puis comprendre ni les difficultés qui ont arrêté quelques chirurgiens dans l'introduction des instruments droits, ni les inconvénients qu'on leur reproche, puisqu'en définitive, ils n'agissent sur l'urèthre qu'à la manière des instruments courbes et des sondes ordinaires, que personne ne songe à incriminer. C'est un devoir pour les hommes placés aux sommités de la science, de ne rien adopter ou rejeter légèrement, et de laisser au vulgaire les frivoles motifs de détermination.

Les inductions que sir Charles Bell a tirées, soit de ses considérations préliminaires, soit de quelques rapprochements, font pressentir qu'en abordant d'une manière directe la question de la lithotritie, il cédera trop facilement aux préventions contre lesquelles les découvertes ont toujours à lutter. Ainsi, on regrette qu'il n'ait pas fait connaître cette méthode dans toute l'étendue de son application, et avec la variété des procédés

qu'elle comporte; qu'il lui ait attribué des inconvénients dont elle est exempte; enfin qu'il ait fondé son opinion, soit sur des cas exceptionnels et des accidents qui n'ont point de connexion directe avec l'opération, soit même sur des suppositions gratuites.

J'ai fait connaître dans plusieurs écrits, les procédés par lesquels la pierre se trouve successivement saisie, écrasée, broyée, repoussée ou extraite; et l'expérience a confirmé mes préceptes, que personne ne songe plus à contester. Cependant M. Bell nous apprend qu'on ne peut pas toujours dégager l'instrument, que ses branches se courbent ou se brisent, et que plusieurs malades ont été victimes de pareils accidents. Il donne les détails d'un cas dans lequel l'instrument a été si bien faussé qu'on n'a pu le retirer; et que le malade est mort par suite de la cystotomie qu'on avait été obligé de pratiquer. Il ajoute qu'on a plus d'une fois laissé dans la vessie des fragments qui ont servi de noyau à de nouvelles pierres, et que des débris de calculs engagés dans la pince, ont rendu la sortie de l'instrument difficile et douloureuse.

En Angleterre, comme partout, les débuts de la lithotritie ont probablement été signalés par quelques malheurs; et je suis loin d'élever le moindre doute sur les faits trop nombreux dont parle sir Charles Bell. Assurément on a fabriqué de mauvais instruments; tous ceux qui les ont employés n'avaient sans doute pas une très grande habitude de la manœuvre; peut-être même n'a-t-on pas toujours agi avec les précautions nécessaires; probablement encore, on a eu recours à la nouvelle méthode dans des cas placés en dehors de sa sphère. De toutes ces circonstances réunies sont nés des malheurs presque inséparables de la pratique d'une opération nouvelle. Mais que peut-on conclure de là contre la lithotritie?

Ce qui frappe d'abord, c'est que M. Bell confond dans la même proscription les divers instruments qu'on a proposés, et dont le mécanisme et l'action sont si différents. C'est en parlant des instruments droits qu'il cite le fait malheureux que je viens de rappeler, et qui cependant se rattachait à l'emploi de l'instrument courbe. Mais ce fait déjà ancien prouve seulement que l'appareil et le procédé dont l'opérateur se servait au début de sa pratique, dans Londres, avaient des défauts. Or ces défauts ont été corrigés depuis, et chaque jour les plus incrédules peuvent se convaincre de l'utilité du percuteur, depuis les impor-

tantes modifications qu'il a subies. Tel qu'il est aujourd'hui, cet instrument agrandit la sphère de l'application de la nouvelle méthode; il facilite le traitement et en abrège la durée. C'est à lui d'ailleurs que M. Bell a donné la préférence dans ses tentatives de lithotritie; car lui aussi a essayé cette méthode, qu'il conseille dans certains cas. Comment donc concilier ces dispositions favorables avec les inconvénients et les dangers attribués par lui aux instruments mis en usage, dont il finit par déclarer qu'on ne doit se servir que pour *déboucher des bouteilles?*

Sir Charles Bell dit qu'une seule opération ne suffit pas pour débarrasser le malade. Présentée ainsi d'une manière absolue, l'assertion n'est point exacte. Chacun sait que la durée du traitement par la lithotritie, est subordonné au volume des pierres, à leur nombre, et à l'état des organes. Or toutes les fois que le malade se trouve dans des conditions favorables, c'est-à-dire qu'il se fait opérer de bonne heure, on peut le délivrer en une séance de cinq minutes au plus : sur trois cents cas, il y en a près de cinquante dans lesquels ce peu de temps m'a suffi, et constamment alors j'ai employé la pince à trois branches que tant de chirurgiens, surtout en Angleterre, croient si défectueuse.

En décrivant l'application de la lithotritie par l'un et l'autre procédé, et mettant cette application en regard de la cystotomie, le chirurgien de Middlesex est tombé dans de graves erreurs, tant sur la manœuvre que sur ses effets; mais il serait trop long de les relever une à une, et je me borne à les signaler en masse. Dans le parallèle que je viens de publier, on trouvera les preuves les plus convaincantes que M. Bell a été grandement trompé, tant par des esprits chagrins qui n'ont pas craint d'altérer les faits, que par l'interprétation fautive du petit nombre de ceux qu'il a été à portée d'observer lui-même. Les faits nouveaux que la pratique d'un grand hôpital ne manquera pas de multiplier, suffiront pour changer son opinion sur le compte d'une méthode à l'aide de laquelle j'ai obtenu déjà la guérison de plus de trois cents malades, dont vingt-deux médecins, parmi lesquels se trouvent les sommités médicales de l'époque, Dubois, Edholm, Lisfranc, etc. Voilà certes une puissance contre laquelle viendront se briser les armes de la prévention et les traits de l'envie.

Quant aux doutes qu'on a cherché à faire naître sur les résultats de ma pratique, et qui ont pu tenir en suspens l'opinion des étrangers, j'avais un infaillible moyen de les lever en invoquant la publicité. J'ai donc fait connaître le nom de chaque malade, et les circons-

tances de chaque opération. Ces documents sont déposés, depuis plusieurs années, à l'Institut, où l'on peut les consulter. Quelques personnes avaient cru y trouver des preuves contraires à ce que j'avançais : une vérification exacte a démontré qu'elles s'étaient trompées, et l'on apprécie aujourd'hui ces assertions hasardées, par lesquelles on s'était flatté un instant de surprendre la religion d'un de nos corps savants. Quant au parti qu'on avait voulu tirer de quelques expressions vagues d'un rapport, fait à l'Académie des Sciences, et des erreurs qui s'étaient glissées dans un autre rapport à la même académie, il suffit de rappeler que les mêmes commissaires dans les paroles desquels on prétendait voir que j'avais perdu un malade sur quatre, ont proclamé, en 1835, que sur deux cent quarante-quatre malades opérés par moi, en 1833, deux cent trente-six étaient guéris, cinq étaient morts, et trois avaient continué de souffrir. Je ne reproduis ces faits anciens que pour montrer avec quelle facilité la vérité peut être altérée dans une découverte récente, qui a éveillé tant d'intérêts divers. Les chirurgiens qui n'ont pas été, comme les commissaires de l'académie, en position de se convaincre de ces altérations de faits, ont dû éprouver quelque répugnance à ne pas croire vraies des assertions présentées avec les couleurs de la bonne foi. C'est sous de telles inspirations, peut-être, que mon honorable confrère de Middlesex a éprouvé son injuste accès de mauvaise humeur contre l'art de broyer la pierre.

Tout n'est cependant pas grave et sérieux dans sa publication. On a déjà vu qu'il avait fait une excursion dans le comique. En voici un autre exemple assez curieux : Un chirurgien français fixé à Londres refusa cent guinées d'un malade qu'il avait opéré, et en exigea quatre cents. Quelque temps après, le malade ayant ressenti de nouvelles douleurs, eut recours à M. Bell, qui découvrit une pierre dans la vessie, et reçut une livre sterling.

L'auteur, après nous avoir fait connaître ainsi le prix de ses visites, s'étonne de la différence entre cette somme et celle qui fut jetée dans l'*immense gosier du cormoran parisien*. Assurément le chirurgien dont parle M. Bell est bien libre de taxer ses opérations comme il l'entend ; mais comment peut-il sortir de là un reproche contre la lithotritie ?

A l'occasion de ce fait, sir Charles Bell donne à entendre que l'opérateur français avait laissé dans la vessie des fragments qui avaient servi de noyau aux pierres nouvelles. Je ne discuterai

point avec lui sur la portée que peuvent avoir ces suppositions; mais je répéterai encore que l'instrument et le procédé dont on avait fait choix, sont insuffisants pour débarrasser complétement la vessie. Dans tous les cas, ce serait un argument, non contre la méthode elle-même, mais contre un procédé qui a été beaucoup trop vanté.

BIBLIOGRAPHIE.

Essai sur le laryngismus stridulus, par Hugh Ley, M. D., professeur d'Accouchements à l'hôpital de Saint-Barthelemy. (Sherwood et Comp)

Entre toutes les maladies qui assiègent l'espèce humaine, celles de l'enfance méritent un intérêt particulier. Tout captive la curiosité dans la médecine du premier âge. Étudier les rudiments de l'organisation et ses anomalies, suivre avec attention les dérangements et les altérations qui affectent les organes encore ébauchés, c'est se préparer, pour arriver plus tard, au traitement de l'adolescent et de l'adulte, dont les maladies sont compliquées de phénomènes moraux, étrangers à l'enfance. Les maladies de l'enfance sont en quelque sorte plus simples, et si leur résultat est plus souvent fatal, c'est que les enfants sont généralement traités avec peu de discernement et de soins. Vivant de la vie des adultes, et soumis à des influences qui ne sont point en rapport avec la résistance si faible à cet âge; ils luttent quelquefois dans les pays les moins sains, les bras et la poitrine nus, contre les intempéries d'un climat rigoureux; chez les pauvres, ils sont relégués dans des caves ou des réduits sombres où le soleil ne pénètre point, chez le riche, ils sont élevés dans une serre chaude; si l'on doit s'étonner d'une chose, c'est qu'il survive à tant de causes nuisibles, un si grand nombre nombre d'individus qui, par le malheur de leur naissance, sont voués à une mort prématurée! Mais laissons de côté ces considérations générales pour nous occuper de l'ouvrage que nous avons sous les yeux, et qui mérite à tant d'égards l'attention des praticiens.

Le nom nouveau, que l'auteur donne à la maladie sur laquelle il a su jetter tant de jour et d'intérêt, semble nous appeler à enregistrer une maladie nouvelle; les médecins continentaux ont assez souvent abusé de ce reproche mal fondé, que les Anglais créaient des maladies, pour que nous répondions à un pareil reproche comme il convient dans les sciences, non par des assertions ou des dénégations, mais par des faits.

A peine a-t-on feuilleté quelques pages de l'ouvrage que nous analysons, et l'on est assuré que l'on n'aura qu'à parcourir les développements d'une maladie connue, mais depuis longtemps négligée et méconnue. On a nié son existence sur le continent; on a confondu l'asthme de Millar avec le croup, et cela, pour n'avoir pas assez lu les ouvrages des auteurs anglais, et

pour n'avoir pas assez observé en Angleterre. Ainsi Albers, qui remporta le prix offert par Napoléon au meilleur ouvrage écrit sur le croup, après avoir assuré qu'il n'a jamais vu l'asthme de Millar, va jusqu'à dire que cet Anglais, si bon observateur, s'est trompé, et qu'il a pris le croup à différentes périodes, pour une autre maladie qu'il appelle asthme. Le docteur Christ a commis la même faute, et a été imité par nombre d'autres écrivains qui ont répété le reproche d'Albers et de Christ, sans vérifier s'il était mérité. L'auteur anglais s'élève avec raison contre l'inconséquence des médecins de Bremen, qui nient l'existence de l'asthme de Millar, parce qu'ils ne l'ont point observé sur le sol qu'ils habitent. Mais en Angleterre cette maladie est aussi connue par sa fréquence que par les dangers qui l'accompagnent : c'est sur ses observations propres que le praticien anglais base ce principe : que l'affection est généralement plus dépendante d'une paralysie partielle ou locale que d'une action convulsive. Pour établir ce point fondamental, il est forcé de s'étendre sur la pathologie des nerfs ; la paire vague, le nerf recurrent étant en liaison intime avec les symptômes du *laryngismus stridulus*, sont les points principaux de ses recherches sur la pathologie de ces organes essentiels, qui, d'après l'aveu d'Andral lui-même, est environnée de ténèbres, et il en fait deux appendices remarquables.

L'érudition, qui caractérise l'esquisse historique, n'est pas un échafaudage inutile ; elle semble initier peu à peu le lecteur à la nature de la maladie spéciale du larynx, et c'est avec un sentiment d'étonnement et de plaisir que l'on voit l'asthme de l'enfance d'Hippocrate, l'asthme suffoquant d'Hoffman, le catarrhe suffoquant de Lieutaud, l'asthme de Millar, reconnu par Huisch, le catarrhe suffoquant de Lionnel-Chalmers, la maladie décrite par Hamilton Ritcher, celle décrite par Capuron dans son article, de la construction spasmodique de la poitrine et du larynx ; un genre de convulsion du docteur Clarke, l'affection notée par Cheyne, Golis, Gardien, Gervins, etc, se rallier comme par enchantement autour de la respiration croupale, ou cri de coq du docteur Tooch, enfin autour de laryngisme striduleux (*laryngismus stridulus*). Au milieu de cette ondée de noms célèbres, comme l'exprime l'auteur, la maladie apparaît plus belle et plus digne d'être étudiée. Mais si, supportée par tant de noms et d'auteurs recommandables, l'existence de la maladie ne peut plus être contestée, il faut reconnaître qu'elle a été souvent confondue par plus d'un auteur avec le croup inflammatoire, ou rattachée à lui sous le nom de croup chronique ou spasmodique. Il appartenait à un observateur de premier ordre de les isoler, et le docteur Hugh Ley s'est acquitté de cette tâche avec beaucoup de clarté et de bonheur.

En effet, l'âge où l'on observe le laryngisme striduleux ne permet pas de l'assimiler à l'asthme, apanage des vieillards. Ce ne peut être un catarrhe, puisque la membrane de Schneider et la muqueuse de l'arrière bouche sont intactes. La respiration croupale, l'orthopnée, l'inflexion des extrémités des membres, ou la contraction carpo-pédale ne suffisent pas pour justifier les noms de croup, de contraction de la poitrine, de convulsions. Sept observations, recueillies avec soin et tracées avec clarté, permettent à l'auteur

d'énoncer cette proposition que : dans le plus grand nombre de cas où la respiration est semblable au *cri de coq* chez les enfants, elle est produite par le gonflement des ganglions placés sur le trajet des nerfs recurrents, et même quelquefois sans doute de la paire vague.

Parmi les causes prédisposantes, le professeur s'attache à démontrer l'influence de l'âge, de la constitution, des climats et des saisons, du régime et des scrophules. Les causes déterminantes sont : la dentition en première ligne, l'inflammation du cuir chevelu, les maladies de la tête, la bronchite, les maladies des poumons et l'inflammation du péricarde ; toutes peuvent concourir au gonflement des ganglions cervicaux, et par conséquent déterminer la compression des nerfs laryngés inférieurs.

Mais il est une autre classe de causes déterminantes, passées en revue dans l'ouvrage que nous analysons sommairement ; ce sont celles qui existent à divers intervalles, les paroxismes où les petits malades, semblent lutter contre une asphyxie imminente ; nous y trouvons les causes mentionnées par le docteur Clarke, telles que les efforts musculaires, les cris violents, la toux, la distension abdominale, l'interruption soudaine du sommeil, la peur, les efforts de déglutition, et l'application du froid.

Après avoir étudié l'étiologie de la maladie, on est naturellement amené à reconnaître, avec le docteur Hugh Ley, la connexion qu'ont les causes prédisposantes et déterminantes, avec les phénomènes produits dans la période qu'elle parcourt.

La description pathologique semble devoir entraîner toutes les conventions à cet égard ; toutes les objections, qui s'élèvent contre la théorie nouvelle, sont abordées franchement et réfutées tour à tour. Le caractère spasmodique, appuyé sur l'invasion soudaine de l'attaque, sur sa reproduction périodique, sur le succès des remèdes antispasmodiques, enfin sur l'absence de tout signe inflammatoire, est ébranlé dans ses bases ; sa nature convulsive est également combattue avec succès ; car la maladie ne pouvant dépendre que d'une espèce de lésion, et l'inflammation de l'encéphale ayant été trouvée rarement, tandis que le gonflement des ganglions s'est rencontré dix-neuf fois sur vingt ; il est naturel de conclure que ce sont ces petites glandes tuméfiées qui produisent en général la modification de la respiration. Pour expliquer leur action, l'auteur invoque certains points fondamentaux, qu'il établit dans l'appendice où il approfondit la pathologie des nerfs. Ces points fondamentaux sont :

1° Que les impressions morbides, agissant sur les nerfs, produisent leurs effets sur les extrémités des filaments qui en partent ; 2° que toutes les branches d'un tronc commun, souffrent d'un désordre semblable après la même impression morbide ; 3° que les conditions pathologiques des nerfs se résument dans celles de l'excitation d'un côté, et dans celles de la diminution d'énergie de l'autre ; 4° que l'excitation dont les causes les plus fréquentes, sont une secousse mécanique subite, la congestion vasculaire ou l'inflammation, les vices organiques, et quelquefois un simple désordre fonctionnel est caractérisée par ce que les auteurs continentaux aiment à nommer, *une exaltation de*

fonctions, un excès morbide ou anormal d'énergie nerveuse ; 5° que la diminution d'énergie est ordinairement la conséquence d'une pression extérieure, ou d'une solution de continuité, résultat d'accident ou d'ulcération, ou d'une atrophie; et elle est caractérisée par un état de faiblesse des parties auxquelles le nerf affecté se distribue.

Tels sont les fondements sur lesquels le professeur établit sa doctrine, et fort de ces principes, aucune difficulté ne l'arrête. Il démontre que les ganglions, augmentés en volume, peuvent paralyser les nerfs; qu'une pression légère ne doit pas plutôt produire un état d'excitation qu'un état de dépression fonctionnelle; qu'on ne peut rien conclure des cas où le gonflement des ganglions cervicaux a été observé sans respiration en *cri de coq ;* qu'il est douteux que ce mode spécial de respiration ait jamais été observé sans tuméfaction des *glandes concaténées ;* enfin, que la permanence de la compression des nerfs laryngiens ne doit pas entraîner la continuité des symptômes. Plusieurs observations servent à éclaircir ces questions.

Le diagnostic s'établit pour ainsi dire de lui-même. Le nom de *laryngismus stridulus* renferme à la fois l'idée de la cause prochaine, défaut de parallélisme dans l'influence nerveuse, qu'indique le mot *stridulus. Respiratio stridula* est le symptôme pathognomonique de cette affection. L'on sent toute l'importance du changement de dénomination qu'a adopté M. Hugh Ley. Cependant plusieurs affections peuvent simuler jusqu'à un certain point le laryngismus, coexister avec lui ou le compliquer. Telles sont : le croup inflammatoire, la coqueluche, la bronchite, et les maladies de l'encéphale. L'auteur assigne à chacune d'elles leur rang, leur caractère, leur influence sur les symptômes observés ; et le diagnostic ne laisse aucune difficulté au praticien pour distinguer la maladie partout où elle peut se présenter.

Le prognostic est plus vague; les auteurs qui ont écrit à ce sujet, l'ont regardé sous un jour entièrement différent; leur traitement empirique devait nécessairement donner des résultats plus ou moins favorables, d'après le choix plus ou moins heureux des médicaments. Il en était de cette maladie comme de bien d'autres, malheureusement, où l'on se demande, que faut-il faire ? La réponse à cette question doit être : trouver la maladie si l'on peut. Tel a été le but des recherches de M. Hugh Ley, et il semble l'avoir atteint. Connaissant le caractère de la maladie, il en déduit les espérances et les craintes pour l'avenir : tout ce qui peut augmenter ou maintenir le gonflement des ganglions, tout ce qui peut rendre l'enfant moins apte à supporter des paroxismes, tout ce qui peut accélérer ou prolonger les attaques doit assombrir le pronostic, et souvent le rendre fâcheux. Ainsi l'âge, la constitution, le degré de gonflement des ganglions, leur situation et la cause qui agit sur elles, la difficulté de circulation veineuse, et surtout l'excitation de la circulation artérielle qui peut produire dans l'encéphale, l'inflammation, l'effusion séreuse et l'épaississement des membranes, doivent être pesés avec rigueur si l'on veut se prononcer avec justesse sur l'issue de la laryngite striduleuse.

Le traitement, auquel l'auteur attache toute l'importance que mérite ce

point négligé trop souvent dans les ouvrages modernes est tracé par la main d'un véritable praticien. Il ne rejette pas les médicaments qui ne semblent pas se rattacher immédiatement à sa théorie ; tout ce qui a pu être utile, il l'annote, il le conseille, il l'adopte ; il ne craint pas non plus de condamner ce qu'une pratique générale semble sanctionner en Angleterre, l'abus des purgatifs et du calomel qu'on administre, dit-il, à *doses herculéennes*. Le traitement est envisagé sous deux points de vue : la cure radicale et les secours à apporter pendant les paroxismes. C'est dans l'auteur qu'il faut lire avec détail les traitements appropriés aux périodes diverses de la maladie. Nous avons à dessein donné une certaine étendue à cette analyse, parce que l'existence de la maladie n'était pas reconnue en France et sur le continent. Pour nous résumer, nous dirons que cette monographie est digne, tout à la fois, du nom de M. Hugh Ley, et d'un professeur des *Écoles de Londres*.

ÉLÉMENTS DE JURISPRUDENCE MÉDICALE ; par Alfred S. TAYLOR, F. L. S., professeur de Jurisprudence médicale et de Chimie à l'hôpital de Guy. Londres. P. 510.

On peut adresser à l'Angleterre, aujourd'hui encore, une partie du reproche que Fodéré lui adressait, il y a 20 ans, dans son introduction à la médecine légale. Il est étrange en effet que le pays, qui donna au monde l'exemple de la publicité de la procédure et du jugement par jury, soit encore arriéré relativement à la médecine légale. Ce n'est qu'au commencement de ce siècle que le gouvernement commença à sentir l'importance de cette branche de la science, et peu de temps après une chaire fut créée à ce sujet dans l'université d'Edimbourg. Mais le goût de cette étude se répandit lentement, et l'on a droit de s'étonner que, dans les derniers réglements pour les études chirurgicales, la médecine légale soit complétement omise, et conséquemment, que les candidats au diplôme de chirurgien ne soient pas tenus de répondre aux questions que l'on pourrait faire à ce sujet.

Il est pour le moins singulier, dit M. Taylor, que la connaissance de la botanique soit considérée comme plus importante au chirurgien, que celle de la jurisprudence médicale ; car ses devoirs consistent moins à différencier les variétés des plantes, qu'à déterminer les questions relatives à la vie ou à la mort de ses semblables.

M. Taylor se plaint, à juste titre, de la négligence de l'étude de la médecine légale ; si l'on considère la responsabilité que les médecins et chirurgiens encourent, et les résultats que peut avoir leur témoignage ; d'autre part, si l'on réfléchit au triste rôle que joue le médecin ou le chirurgien en présence des conseils qui les embarrassent aisément par des raisons et des objections captieuses, auxquelles ils ne sont pas préparés ; le cas le plus simple peut devenir embarrassant et préjudiciable même pour le chirurgien qui a négligé l'étude de la médecine légale.

On sent, dit M. Taylor, que les individus, qui prennent part à un duel qui devient fatal à un des combattants, sont passibles du crime de meurtre aux yeux de la loi. Ainsi, un chirurgien qui assisterait à un duel, même

comme chirurgien, serait appelé à témoigner de ce meurtre, et comme témoin du duel pourrait être mis en jugement. Il est connu aussi, que c'est un principe de la loi anglaise, qu'un homme n'est pas obligé de répondre à une question qui peut donner lieu contre lui à une poursuite criminelle ou pénale.

En 1821, un M. Scott fut tué en duel par un M. Christie. Le second de celui qui succomba fut jugé à Old Bailey ; et le chirurgien qui était le second de M. Scott, en duel, fut appelé comme témoin. Dans le cours des dépositions, on lui demanda s'il pouvait identifier le prisonnier. Le témoin n'aurait eu sans doute aucune difficulté à reconnaître le prisonnier, car il s'était rendu au duel avec lui. Par une réponse affirmative, il se serait par conséquent incriminé lui-même., car il ne pouvait reconnaître le second de M. Christie qu'en reconnaissant qu'il était présent à ce duel, et cette double reconnaissance avait pour double effet de faire condamner le prisonnier et de mettre en prévention le témoin. Le juge, voyant qu'il ne connaissait pas l'importance de la réponse qu'il pouvait faire, l'avertit de la position délicate dans laquelle il se trouvait. En conséquence, le témoin ne répondît pas à la question qu'on lui faisait. Bien des juges, dit M. Taylor, n'auraient pas pris la peine d'avertir le témoin, supposant qu'il devait être instruit ; et s'il ne l'eût pas été, le chirurgien eut été exposé à un jugement ignominieux, et trouvé coupable d'après sa propre confession.

M. Taylor divise son premier volume en neuf chapitres, sous les titres suivants : de l'asphyxie, de la mort apparente et réelle, de la pendaison, de la strangulation, de la suffocation, mort par la foudre, le froid, la faim, le feu. Quatre chapitres sur les les blessures terminent le premier volume. Le second volume sera consacré à la toxicologie, au fœticide on avortement, à l'infanticide et à l'aliénation mentale. Nous ne pouvons pas suivre pas à pas l'auteur dans ses différents chapitres, mais nous allons donner une analyse de ses opinions sur l'ecchymose et les blessures avant et après la mort, parce que ce point de la science n'est pas encore bien établi, et que les expériences qu'il rapporte sont pleines d'intérêt.

Une blessure faite pendant la vie est accompagnée des trois signes qui suivent : effusion de sang, inflammation ou ecchymose.

Effusion de sang ou hémorragie. — Quand on trouve sur un cadavre une blessure sans aucune marque d'hémorragie, on considère cette circonstance comme prouvant que la blessure a été faite après la mort. Si une blessure, faite après la mort, pénétrait dans une cavité et coupait de larges vaisseaux, n'y aurait-il pas pour cela hémorragie? Mais si la même artère était divisée pendant la vie, la quantité de sang qui s'en écoulerait ne laisserait aucun doute, et prouverait que la blessure a dû être faite pendant que la circulation existait. Cependant le chirurgien ne doit pas oublier le cas rapporté par Cheselden, d'un homme dont le bras fut enlevé, de l'articulation axillaire, par l'aile d'un moulin ; les vaisseaux, tordus par cette violente séparation donnèrent à peine du sang. — M. Bransby Cooper a cité dernièrement un cas semblable.

Orfila avait tenté une série d'expériences pour déterminer le caractère précis des blessures faites après la mort ; mais ces expériences, faites sur des chiens,

ne sont pas à l'abri des objections, car le docteur Christison a prouvé que sur cet animal des blessures violentes, infligées à un temps donné après la mort, ne présentaient pas le même caractère que celles faites chez l'homme.

Le docteur Taylor a cherché de son côté à déterminer le caractère différentiel et comparatif des blessures par incision, avant et après la mort.

Si une blessure par incision a été faite pendant la vie, tandis que la circulation était en pleine activité, les bords, examinés peu de temps après la mort, sont séparés, le tissu cellulaire plus ou moins rempli de sang, la couleur sera d'ue rouge foncé. Si on n'a pas séparé les bords de la blessure, on trouvera un coagulum dans les intestins; si la vie s'est prolongée après les blessures, pendant dix-huit ou vingt-quatre heures, les bords seront épais et gonflés, indiquant un travail inflammatoire. La présence de l'inflammation est généralement regardée comme indice de la blessure pendant la vie; mais on comprendra par la remarque que fait l'auteur, qae l'inflammation dépend du temps qui s'écoule avant la mort, et conséquemment, l'absence d'inflammation ne prouvera pas qu'une blessure n'a pas été faite pendant la vie.

« Pour déterminer le caractère des blessures par incision après la mort, dit « Taylor, je choisis des membres immédiatement après l'amputation. Je « fis d'abord une incision de trois pouces de longueur sur la partie supé- « rieure du mollet, deux minutes après que le membre fut séparé du corps. « Je divisai ainsi les muscles gastrocnémiens. Au moment même que la divi- « sion eût lieu, la peau se retira considérablement, donnant lieu à une pros- « tration de la substance adipeuse sous-cutanée; la quantité de sang qui s'é- « coula fût petite; la prostration des tissus adipeux paraissait en être la cause. « La blessure fut laissée en repos pendant vingt-quatre heures, et examinée « après. Les bords étaient rouges, sanguinolents et renversés; la peau n'était « pas tuméfiée, mais au contraire un peu flasque. En séparant les bords, une « petite quantité de sang fluide s'en échappa; il n'y avait pas de coagulum « adhérent aux muscles. Cependant au fond de la blessure, et en contact « immédiat avec le *fascia*, il y avait une petite quantité de sang coagulé; « mais ces caillots étaient si mous, que le doigt les séparait aisément.

« Dans une seconde expérience, une incision semblable fut faite sur la « partie extérieure de la jambe, pénétrant à travers les muscles du péroné, « et le long fléchisseur profond de l'orteil, *dix minutes* après l'amputation « du membre. Dans ce cas, la peau parut avoir perdu son élasticité, car les « bords des blessures furent peu renversées, quelques gouttes de sang s'é- « coulèrent à peine. En examinant la jambe deux heures après, les bords de « l'incision étaient pâles, en collapsus, et ne présentant aucun des caractères « des blessures faites pendant la vie; et cependant au fond de la blessure, « entre les fibres musculaires divisées, on trouvait des petits caillots, mais en « plus petit nombre que dans l'expérience précédente. »

D'autres expériences furent faites à des temps plus éloignés après l'amputation, et M. Taylor trouva qu'à mesure que les blessures étaient plus éloignées du moment de la séparation du membre, elles ressemblaient moins aux blessures faites sur le corps vivant. Quand l'incision n'était faite que deux ou trois heures après, quoi qu'il s'écoulât une faible quantité de sang, il n'y avait pas de coagulum. Les bords d'une blessure faite vingt-qnatre heures après la mort s'affaissent, n'ont pas d'élasticité, sont très rapprochés, et ne présentent pas de caillots.

« Les contusions et les ecchymoses sont toujours antérieures à la mort, dit « un médecin légiste français. » Beaucoup d'autres après lui répètent cette proposition et ajoutent : « Un instrument contondant pourrait plutôt fracturer « un membre que produire une infiltration sanguine. » L'opinion que nous citons étant à peu près dominante en France, on ne trouvera pas notre ana-

lyse trop étendue, puisque sur ce point elle fournira les éléments d'une comparaison progressive.

D'après le docteur Christison, des coups infligés quelques heures après la mort, donnent lieu sur la peau à des apparences semblables à celles produites par des coups peu avant la mort ; de sorte que des *contusions* après la mort peuvent être confondues avec des contusions un peu avant. Pendant que le docteur Christison faisait à Édimbourg les expériences qui l'ont amené à ces conclusions, il avait ordonné que l'on fît des contusions sur les membres et le corps d'une femme qui venait de mourir à l'infirmerie. Les nourrices, qui enlevèrent le cadavre de dessus le lit, s'aperçurent qu'il était contusionné, et comme elles ignoraient que ces contusions avaient été faites après la mort et par l'ordre du médecin, elles ne manquèrent pas de répandre que la femme avait été traitée d'une manière barbare avant de mourir, et qu'elle avait succombé par suite des mauvais traitements qu'elle avait reçus. Le préjugé, qui s'établit, fût si fort qu'on demanda une enquête; mais les explications du docteu Christison suffirent. L'apparence de ces contusions étaient telle, que l'on pouvait croire qu'elles avaient été infligées pendant la vie.

Nous ne pouvons suivre le docteur Christison dans le détail de ses expépériences et de ses recherches, bien qu'il nous rappelle des exemples d'un effet frappant, telles que les contusions, après la mort, dans la victime de Burck, ce marchand de cadavres, ou plutôt ce marchand d'hommes pour les dissections, ni celui de Carlo Ferrari, jeune italien, victime de cette même cupidité monstrueuse ; mais voici à peu près ce qui résulte de ses recherches sur cette partie importante de médecine légale :

1o La présence d'une effusion de sang (hémorragie) dans une blessure, n'est pas en elle-même une preuve que la blessure a été faite pendant la vie ;

2° L'absence de toute apparence d'hémorragie, dans une blessure, ne prouve pas qu'elle a été faite après la mort ;

3o Les caillots de sang, trouvés dans une blessure, ne prouvent pas que la blessure a été faite pendant la vie, non plus que la liquidité du sang ne prouve qu'elle a été faite dans un corps mort ;

4o Les apparences d'ecchymose peuvent naître de l'application d'une violence sur le vivant, ou sur un sujet mort tout récemment.

Il y a deux circonstances qui se retrouvent dans les blessures sur le vivant, et jamais dans celles faites sur le cadavre.

Ce sont : les signes d'inflammation, et les changements de couleur dans une partie ecchymosée.

Nous avons donné un léger aperçu de la manière dont cet ouvrage est conçu. Peut-être nous y désirerions, comme ouvrage élémentaire, plus de divisions ; mais il faut le dire avec justice, les recherches de l'auteur sont faites avec un esprit d'impartialité et d'humanité qui convient éminemment au médecin légiste. Nous attendons le second volume, bien disposés à lui donner l'attention qu'il mérite.

OUVRAGES REÇUS POUR LA REVUE.

MIDDLEMORE. *Traité sur les maladies des yeux*, 2 vol.
Rapport de l'hôpital de Guy, n° 1, n° 2.
Rapport de l'hôpital Saint-Thomas.
De l'hypocondrie, par Falret, D. M.
Encyclopédie d'anatomie et de physiologie, 6e n°.
Inductions sur la valeur des altérations de l'encéphale dans le délire aigu et dans la folie, par F. LÉLUT.

MÉMOIRES ORIGINAUX.

DE LA PATHOLOGIE HUMORALE DU SANG.

De même qu'en physiologie, il faut étudier les fluides, et prendre en considération les changements qu'ils subissent, de même il faut être prêt à admettre une pathologie humorale, indispensable pour l'explication des phénomènes les plus importants des maladies; mais ce doit être une pathologie fondée sur les changements observés, non seulement dans la condition mécanique ou chimique, mais dans les propriétés vitales des fluides, et spécialement dans les propriétés du sang.

Cette pathologie humorale, que le docteur Alison désire voir s'établir, est déjà reconnue par tous les bons esprits. Il serait difficile, en effet, pour tous ceux qui observent, de ne pas reconnaître que si le principe de toute vitalité, de tout accroissement dans le jeune âge, de tout entretien dans l'âge adulte, est vicié, ce qu'il engendre doit être vicié nécessairement.

Un principe que l'on peut regarder comme établi, c'est que les matériaux des différentes excrétions existent déjà dans le sang composé, et sont seulement divisés et séparés, et non formés par le sang, lorsqu'ils paraissent aux différents organes qui leur sont propres.

Cela est certain pour l'urine, d'après le résultat des expériences de Prévost et Dumas, et d'après les observations pathologiques de Christison et de Bostock; lorsque les reins sont enlevés, ou graduellement obstrués ou impropres à leur emploi, l'urée, ou la matière particulière de l'urine, se retrouve dans le sang. On a également trouvé la bile dans le sang, lorsque les conduits biliaires et le foie même étaient vides à la dissection.

On considère généralement les tubercules comme une sécrétion morbide; et cependant, quand on les trouve *libres* dans les vaisseaux lymphatiques sains, ou enveloppés dans le coagulum des cellules spléniques, comme l'assure Carswell, bien que l'on puisse contester l'existence des cellules de la rate, on est amené à penser que ces tubercules, qui se trouvent dans cet organe, ont été produits par quelque changement dans la constitution de la lymphe ou du sang, soit par suite d'altération dans les proportions de leurs ingrédiens, soit par l'adjonction de quelque

substance coagulable, ou par la soustraction ou l'addition de quelque chose à ces fluides.

Il arrive rarement, dit Carswell, que l'on puisse reconnaître la matière tuberculeuse dans le sang contenu dans ses propres vaisseaux ; mais on la rencontre souvent dans ce fluide dans les *cellules* de la rate. Cet organe est plus favorable pour reconnaître la présence de la matière tuberculeuse dans le sang. On peut voir le sang coagulé dans une cellule, privé de sa matière colorante dans un autre, et dans une troisième, converti en masse de fibrine solide, contenant, dans son centre, un petit noyau de matière tuberculeuse. Il arrive quelquefois que le sang s'échappe des cellules de la rate, par suite de leur rupture, et donne ainsi la facilité de voir la conversion successive et simultanée, en fibrine et en matière tuberculeuse. M. Kirman, qui possède la collection la plus rare en objets d'anatomie pathologique, relativement au cancer et à la mélanose, conserve plusieurs vaisseaux liés aux extrémités, et contenant en suspension des matières mélaniques et encéphaloïdes. Ces faits suffiraient seuls pour donner de la valeur et du poids à une pathologie humorale différente, sans doute, de l'humorisme de Galien, mais qui manque au solidisme des modernes.

Naguères, une société savante avait mis au concours la question suivante : Existe t-il des altérations primitives des fluides circulatoires, sang et lymphe? Sans vouloir préjuger la manière dont sera résolue cette question par les concurrents du prix de Bordeaux, il est probable que peu d'entre eux, et pas un, peut-être, ne traitera la question *ab ovo*.

Cette question, prise dans son sens le plus simple, embrasse nécessairement celle de l'hérédité. Il faut remonter au germe de la vie, étudier sa vitalité, son état normal et anormal ; le suivre ensuite dans ses développements forcés. Les altérations primitives des fluides ne doivent pas être seulement considérées chez l'adulte, par rapport aux epidémies, aux fièvres, mais encore dans l'embryon humain.

Comment pourrait-on se rendre compte, en effet, de ces maladies incurables, inhérentes à la fibre de l'individu, dont le germe a été reçu en naissant, comme une tache originelle, si on ne remonte à la source d'où elles découlent.

Billard a trouvé des glandes mésentériques engorgées, et des tubercules chez des enfants morts-nés. Il en a trouvé aussi chez d'autres, peu de jours après leur naissance. M. Husson a

rapporté de pareils exemples à l'académie de médecine. Les exemples de syphilis sont communs. Qu'est-ce qui a pu causer ces tubercules, ces syphilis dans le sein maternel? A quoi les attribuer, si ce n'est au fluide nutritif, au sang impur, à l'aide duquel cet embryon s'est développé dans l'utérus. Ce sang ne charriait-il pas, en même temps, des principes de vie et de mort?

L'altération primitive des fluides circulatoires, sang et lymphe, se retrouve dans le germe humain, et les maladies héréditaires, tubercules, scrophules, qui sont, en quelque sorte, partie constituante de l'organisation de l'individu, s'y retrouvent aussi. C'est le sang qui contient les différents principes qui se développent et s'organisent. C'est dans la molécule sanguine qu'il faut chercher les différents tissus de l'économie, à l'état normal et anormal. Une irritation accidentelle, quelle qu'elle soit, passagère ou continue, peut être une cause de viciation; mais n'est souvent qu'une occasion, pour le développement dont la maladie se trouve dans le fluide circulatoire nutritif.

Bordeu a dit: le sang est de la chair coulante; et on a applaudi à cette expression. Il eût été mieux de dire, le sang est de la chair, de l'os, du tissu cellulaire, des nerfs, de la matière encéphaloïde, cornée, de la matière tuberculeuse même, car le sang contient, en effet, quelquefois cet alliage délétère de bien et de mal, d'organisation normale et de pseudo-organisation. Le sang va du cœur aux extrémités, et des extrémités revient au centre; il s'épure et se vitalise dans les poumons; mais il rapporte des extrémités du corps, dans le cœur et les poumons, des matières étrangères à sa constitution normale, telles que du pus, de la substance encéphaloïde, des entozoaires, des calculs, qui ne peuvent ni se vitaliser, ni s'améliorer. Rejetées ensuite dans le torrent circulatoire nutritif, ces matières ne peuvent se déposer près d'un organe, sans s'y développer comme une superfétation, un être parasite, ou sans l'altérer par une espèce d'inoculation virulente ou d'empoisonnement. Qui ne connaît les expériences de M. Dupuy? Cet anatomiste introduisit le sang d'un cheval malade dans les veines d'un autre cheval, sur lequel il détermina la gangrène. M. Gendrin introduisit aussi une once du sang d'un homme affecté de fièvre, avec des pustules gangréneuses dans l'aine d'un chat, qui mourut en moins de six heures. Tout le monde connaît la rapidité avec laquelle certains poisons, introduits dans les veines donnent la mort. Ces

expériences, qui prouvent surtout les dangers de l'inoculation de certains agents délétères, prouvent néanmoins qu'il ne faut pas considérer le sang comme l'eau qui fait tourner un moulin. Le sang a d'autres fonctions que celle de faire battre le cœur; et puisqu'il est la sève qui alimente, fait croître, entretient la plante humaine, qui répare ses pertes, il faut bien admettre que de sa nature et de sa qualité dépendent la vitalité, la force et la santé de l'organisation animale.

Une des questions les plus intéressantes de physiologie, est celle qui a rapport aux différences du sang, considéré dans la première et dans la dernière période de la vie. Les globules du sang du fœtus ont d'après Dumas et Prévost, une grosseur double de celle de l'homme. La raison en est simple, c'est que dans la première partie de la vie, le sang est chargé des fonctions de l'accroissement, et doit charrier plus de matière nutritive; tandis que plus tard, il ne sert qu'à l'entretien. Mais de même que le sang peut alors contenir plus de molécules nutritives, de même il peut contenir des matières étrangères.

Il peut arriver aussi que ces molécules, qui doivent être plus grosses, ne le soient pas assez pour l'accroissement. Elles peuvent être trop séreuses, trop décolorées; et c'est à ces états divers de la molécule sanguine qu'il faut attribuer le développement congénital de certaines maladies, qui suivent les progrès de l'accroissement, comme aussi il faut attribuer à la trop grande sérosité des molécules sanguines, la lenteur, la faiblesse et l'espèce d'arrêt de développement qu'éprouvent les jennes sujets.

Dans le jeune âge, chaque organe se développe successivement, dans un ordre donné. L'absence de vaisseaux sanguins est suivie de l'absence d'organes; mais la pauvreté du sang est suivie de leur développement incomplet.

Pour étudier et apprécier les altérations primitives des fluides, il faut remonter aux premiers éléments de la vie. Le bien et le mal, la vie et la mort sont renfermés dans les germes. C'est le propre des circonstances dans lesquelles ils sont placés, de les modifier de manière à développer plutôt certains éléments que d'autres. La graine végétale, selon qu'elle est semée dans un terrain ou propice ou contraire, s'y développe ou y dépérit. Tel est le point de vue d'utilité pratique sous lequel nous aimons à considérer les altérations primitives des fluides. C'est le sang qui doit servir à l'accroissement de l'animal; c'est le sang qui résume tout; le but de l'observateur doit donc être de pro-

duire, ou d'entretenir cette sève humaine dans son état sain.

Tant que le jeune sujet est placé dans des conditions favorables, qui agissent sur l'ensemble de son économie; lorsqu'il est dans une atmosphère saine, à une température modérée; qu'il jouit des rayons bienfaisants du soleil; qu'il prend un exercice convenable; que ses aliments sont réglés d'après son accroissement, s'il est né sain, il se développe sans effort; s'il est né entaché d'une prédisposition funeste, les circonstances favorables dans lesquelles il est placé, font prédominer en lui les éléments sains; l'alliage impur qui coulait dans ses veines est neutralisé; la vie s'attache de plus en plus à ses organes, qui se développent pleinement. Cet art est connu de ceux qui cultivent les plantes, et qui élèvent des animaux, et, chose étrange! il est négligé pour l'éducation de l'homme. Aussi que se passe-t-il dans un jeune sujet, qui a reçu en naissant une constitution frêle ou viciée, lorsqu'il est placé dans des circonstances opposées à celles que nous venons de décrire? Lorsqu'il est soustrait à l'influence raisonnée des agents physiques, le mal prédomine sur le bien; l'élément tuberculeux ou scrophuleux se développe bientôt; son accroissement général languit; les fluides lymphatiques prédominent chez lui; son sang est aqueux; son teint est pâle, décoloré; ses forces sont nulles; la moindre maladie accidentelle détruit cette plante humaine, étiolée et flétrie en naissant. Le rachitis, les scrophules, la chlorose, la phthisie, les effusions séreuses dans les cavités, sont le résultat général de cette absence de soins et de traitement.

Pour nous, les altérations primitives du sang doivent être étudiées dans le germe humain, et surtout dans ses développements. C'est pendant la croissance que les prédispositions morbides, ou les tendances héréditaires doivent être combattues; car c'est alors que la molécule sanguine peut le plus accroître et modifier les organes; c'est alors que des éléments nouveaux peuvent être ajoutés aux éléments constitutionnels du sang, d'où découlent si souvent les maux physiques.

Enfin, pour nous, l'existence des tubercules, dans le sein maternel; des scrophules, chez de jeunes enfants; la présence de la mélanose dans le sang; des tubercules dans la rate, nous portent à conclure qu'on a trop négligé l'importance du sang, dans les maladies, et surtout dans celles du jeune âge; et qu'il faut revenir à cette vérité aussi ancienne que le monde, que Moïse, médecin et philosophe, avait exprimée, en disant : le

sang est la vie de la chair ; et si nous avions eu à répondre à la question posée par la société de médecine de Bordeaux, nous aurions montré les altérations primitives du sang, non dans les fièvres épidémiques, le scorbut, etc, mais dans les rudiments de l'existence humaine ; et nous aurions suivi cette étude pendant toute l'époque de l'accroissement, nous efforçant ainsi de faire connaître l'importance d'une éducation physique, éclairée par la science, la raison et la philantropie.

OBSERVATIONS SUR CERTAINES AFFECTIONS NERVEUSES LOCALES.

Par Sir Benjamin BRODIE.

Une dame d'un certain âge, qui avait été pendant longtemps sous l'influence d'affections morales, se plaignait d'une douleur vive et continuelle, qu'elle désignait comme existant dans un espace de trois ou quatre pouces de diamètre, au-dessous des côtes flottantes du côté gauche. Elle était d'ailleurs sujette à des accès paraissant tenir de l'hystérie. Sa santé, en général, était très chancelante. Elle succomba ; et quand on fit l'autopsie, on examina avec la plus scrupuleuse attention la partie où elle avait indiqué la douleur ; on n'y put découvrir aucune apparence morbide ; il n'y avait ni inflammation, ni engorgement, ni adhérence ; il n'y existait pas de changement morbide de structure, pas la moindre déviation de l'état normal. Cet exemple n'est pas rare, et l'on pourrait en citer beaucoup qui viendraient à l'appui de cette proposition : que la sensibilité naturelle d'une partie peut s'accroître, diminuer, ou varier d'une manière quelconque, sans que l'organe soit atteint d'une maladie appréciable par nos sens, avant ou même après la mort.

Il y a peu de cas qui puissent être considérés comme analogues à ceux dont je viens de parler ; car dans les uns, ce sont les nerfs de la sensibilité qui sont atteints, tandis que dans les autres, ce sont ceux de l'action et du mouvement. Dans ces derniers, il y a spasme ou contraction involontaire d'une classe particulière de muscles, ou bien certains d'entre eux perdent entièrement leur pouvoir d'action, et deviennent paralysés ; et néanmoins si la mort vient fournir l'occasion d'examiner les parties, la dissection la plus minutieuse n'offre aucune différence résultant du spasme ou de la paralysie.

Ces faits ne sont pas difficiles à expliquer : chaque partie con-

nant un filament nerveux, à son point correspondant au cerveau ou à la moelle épinière, et l'impression faite à son origine se transmet, et produit son effet là où le filet nerveux se termine, c'est-à-dire à l'extrémité la plus éloignée du cerveau.

Ces affections nerveuses locales arrivent fréquemment; elles s'offriront à vous, sous diverses formes, à chaque pas de votre pratique future; leur connaissance est de la plus haute importance pour le médecin ou pour le chirurgien. Sans elle, vous vous méprendriez à chaque instant sur le siége réel de la maladie; votre attention se porterait sur un faux objet, et en suivant les symptômes, vous seriez en danger de faire erreur sur la cause qui les a produits. Cette recherche n'est pas non plus sans difficulté; et il vous faudra souvent toute l'adresse et le tact de votre art pour découvrir la véritable origine des phénomènes qui se manifestent dans ces cas.

S'il vous arrive de vous heurter le coude contre un corps saillant, contre le coin d'une table, par exemple, vous éprouvez un engourdissement particulier; mais c'est où se termine le nerf ulnaire qui a été frappé; c'est dans l'intérieur de la main, et surtout au petit doigt. De même, une compression accidentelle, exercée pendant quelques minutes sur le nerf poplité ou sciatique, détermine cette sensation particulière d'engourdissement du pied, qui se continue encore quelque temps après que la compression a cessé d'agir. Guidés par ces faits et autres semblables, la première question que vous aurez à vous faire dans un de ces cas, sera : y a-t-il quelque cause d'irritation affectant le tronc du nerf au-dessus, qui puisse rendre compte des symptômes de la partie où ses fibres se distribuent.

En 1808, on reçut un homme à l'hôpital Saint-Georges; il se plaignait d'une douleur vive dans l'intérieur du genou; on visita avec soin l'articulation, sans pouvoir y découvrir aucun indice de maladie; cependant on aperçut à la cuisse un anévrisme de l'artère fémorale, de la grosseur d'une petite orange. Cette dernière avait à peine attiré l'attention du malade. Il disait qu'il se porterait bien sans la douleur du genou; et l'on eut bien de la peine à lui expliquer la nature de sa maladie, et à lui faire comprendre que la tumeur était importante. Peu de temps après l'entrée du malade à l'hôpital, sir Everard Home (alors M. Home) appliqua une ligature autour de l'artère fémorale, à la partie supérieure de la cuisse. Dès l'instant où elle fut liée, les pulsations de la tumeur cessèrent; il en fut de même de la

douleur du genou; il survint quelque circonstance imprévue, et le malade mourut quatre ou cinq jours après l'opération. En examinant le membre après la mort, on trouva l'anévrisme réduit de la moitié de son volume primitif; et l'on découvrit que quelques branches du nerf crural antérieur, qui passaient au-dessus, et qui, sans doute, se trouvaient distendus avant l'opération, se terminaient à cette partie où avait existé la douleur du genou; la cause était donc suffisamment expliquée; c'était, au fait, une douleur nerveuse existant où il n'y avait pas de maladie; mais elle était le résultat de la compression d'un nerf au-dessus.

En 1816, un homme commença à ressentir une douleur violente dans la jambe gauche. Elle suivait la direction du nerf péroné, depuis le pied jusqu'au genou; la douleur augmenta, occupant en même temps une plus grande portion du membre, qui ne paraissait lui-même atteint d'aucune maladie. Le malade consulta plusieurs chirurgiens; je fus moi-même du nombre. La maladie reçut le nom de névralgie; mais la cause resta inconnue, et les moyens employés furent infructueux. Après l'avoir perdu de vue pendant un temps considérable, il me fit appeler de nouveau en 1824. Il était mourant d'une hydropisie de l'abdomen, et d'anasarque des membres inférieurs. En examinant l'abdomen, et en refoulant avec la main le fluide qu'il contenait, on sentait une grosse tumeur solide, adhérente au côté gauche des vertèbres lombaires, et qui s'étendait jusque dans le bassin. Il devenait certain que cette tumeur devait comprimer l'origine du nerf sciatique, et donner lieu à la douleur qui avait existé pendant tant d'années dans quelques-unes de ses ramifications.

Le docteur Denmark, dans un des volumes des transactions médico-chirurgicales, rapporte un cas semblable. Un marin avait reçu une balle dans le bras; la blessure se guérit, mais le malade éprouvait une douleur des plus aiguës, commençant à l'extrémité du pouce et des doigts (excepté l'auriculaire), et s'étendant jusqu'à l'avant-bras. Ses souffrances étaient telles qu'il consentit volontiers à l'amputation du membre. En le disséquant, on découvrit une petite portion de plomb qui paraissait s'être détachée de la balle, quand elle avait frappé contre l'os; on trouva cette particule enchâssée dans les fibres du nerf médian.

Dans chacun de ces cas, on reconnut la cause de l'irritation dans le tronc du nerf appartenant à la partie affectée; mais il

est possible qu'il existe des effets semblables, et que le siége de la maladie soit dans cette partie plus essentielle du système nerveux, d'où naît le nerf lui-même, c'est-à-dire dans le cerveau ou dans la moelle épinière. Par exemple, la carie des vertèbres dorsales irritant la moelle épinière, produit des douleurs et des spasmes musculaires des membres inférieurs, et si la même maladie affecte les premières vertèbres cervicales, elle détermine de pareils symptômes dans les membres supérieurs.

Un homme se plaignit de douleurs vives dans un des côtés de l'abdomen, qui, de ce point, passèrent à un autre. Il n'y avait aucune apparence maladive dans la partie affectée; et l'on considéra les douleurs comme nerveuses. On observa en même temps qu'il y avait gêne dans les mouvements d'articulation, et qu'il parlait plus indistinctement et d'une voix traînante. Ces indications portaient à croire qu'il y avait affection cérébrale. Les soupçons furent bientôt confirmés par des accès d'épilepsie, dont il continua à souffrir pendant le peu d'années qu'il eut encore à vivre.

Je cite ce cas, non pas qu'il ait rien de remarquable en lui-même; mais parce que je crois qu'un exemple particulier gravera mieux dans votre esprit le fait qu'il démontre qu'une simple observation générale.

Vous rencontrerez ces cas à chaque instant dans votre pratique. Un malade vous consulte; il est atteint d'une affection du cerveau; mais le symptôme particulier qui, peut-être, se manifeste à une partie tout-à-fait distante, est tellement aigu qu'il considère cette partie comme le seul siége de la maladie; et ce n'est qu'après un examen très minutieux que vous venez à découvrir l'existence de ces autres symptômes, qui expliqueront la véritable nature du cas. Dans la plupart, la cause de l'irritation semble toujours opérer sur la même partie du sensorium; et il n'y a que peu de variétés dans les indications locales qui la manifeste. D'autres fois, elle n'a pas de siége déterminé : elle affectera d'abord une portion du cerveau, qui gouverne une certaine fonction; ensuite elle se fixera sur une autre portion, dont la fonction diffère entièrement; les symptômes varieront en conséquence.

Un homme ressentait une douleur très vive dans le côté gauche de la face. Les médecins qu'il consulta la désignèrent sous le nom de tic douloureux. Tandis qu'il éprouvait encore cette douleur, il fut pris d'une autre exactement semblable dans le mollet de la jambe gauche; quand cette dernière survint, celle

de la face diminua, sans cesser entièrement; après quelques jours, la douleur de la jambe cessa, et celle de la face revint dans toute sa force.

Une dame fut atteinte d'une affection spasmodique du muscle sterno-cléido-mastoïdien; il en résulta ce qu'on appelle ordinairement un torticoli spasmodique. Ces symptômes persistèrent pendant un an, et la quittèrent subitement; mais quand le spasme cessa, elle tomba dans un état d'affaissement moral, allant presque jusqu'à la folie; elle resta dans cet état toute la seconde année. A cette époque, l'affection morale cessa, et fut remplacée par le spasme du muscle, qui se continuait encore lorsque je fus consulté trois ou quatre ans après. Une autre dame s'adressa aussi à moi pour une affection névralgique de l'épine dorsale; cette affection alternait avec la folie.

Quand un calcul passe des reins dans la vessie par l'uretère, il se manifeste souvent une vive douleur dans le testicule du même côté. Voici l'explication la plus vraisemblable de cette affection sympathique du testicule. La plupart des nerfs de ce dernier tirent leur origine des plexus rénaux, qui en fournissent aussi aux reins, et qui sont eux-mêmes formés par les branches du grand sympathique. La cause irritante, c'est-à-dire le calcul agit d'abord sur les nerfs du rein, celui-ci influe sur le plexus rénal, et de là l'irritation se propage aux nerfs du testicule.

C'est d'après ces principes qu'on se rend compte des symptômes qui s'offrirent dans l'exemple que je vais citer. Un homme avait une maladie scrofuleuse de la hanche; il y avait eu carie de l'os, et suppuration de l'articulation. Outre les symptômes ordinaires à cette maladie, il y avait de plus le phénomène suivant. Le moindre mouvement de la cuisse amenait un accès de douleurs des plus aiguës, accompagnées de violentes contractions spasmodiques des muscles qui font mouvoir la cuisse. Cette dernière était agitée d'une manière étonnante pendant quelques minutes, et toute la volonté du malade n'aurait pu suspendre ces mouvements extraordinaires et pénibles. Outre la maladie de la hanche, il y avait des tubercules et des abcès scrofuleux du poumon, qui causèrent la mort du malade. Ayant obtenu de faire l'autopsie, je ne manquai pas d'examiner l'articulation malade et les parties voisines avec le plus grand soin. Outre l'apparence ordinaire, je découvris deux glandes lymphatiques qui avaient acquis le volume d'une grosse noix; elles étaient situées immédiatement au-dessous de la peau, à la partie antérieure et

externe de la cuisse, et au-dessous de l'extrémité externe du ligament de Poupard. Deux branches considérables des nerfs lombaires se trouvaient à la surface des glandes développées, de sorte qu'elles étaient dans le même état de tension que les cordes d'un violon sur le chevalet. Ces nerfs avaient la même origine que ceux des muscles de la partie antérieure des cuisses, et ces circonstances particulières semblaient offrir une explication suffisante des symptômes qui avaient existé.

Dans des cas semblables à ce dernier, quand des nerfs ont une origine commune, il est facile de supposer que l'impression faite sur l'un d'eux doit se communiquer aux parties alimentées par l'autre. Mais l'impression faite sur une partie du corps produit souvent une affection nerveuse ailleurs, à un point très éloigné du siége de la maladie, et sans qu'on puisse découvrir une explication aussi évidente du fait; une maladie du foie occasionnera une douleur dans l'épaule gauche, une maladie du cœur déterminera une douleur dans le dos.

Un homme fut éveillé au milieu de la nuit, par une douleur vive dans un pied, en même temps quelques autres sensations qui lui étaient habituelles, lui indiquaient qu'une plus grande quantité d'acide que de coutume était contenue dans l'estomac. Il prit une forte dose de médecine alcaline. Dès qu'il eut ainsi neutralisé l'acide de l'estomac, la douleur du pied cessa.

Feu le docteur Wollaston citait souvent l'histoire suivante. Il avait pris de la crême glacée après son dîner. Son estomac ne put la digérer. Peu après, quand il quitta la table pour se rendre au salon, il fut surpris de se trouver boiteux, par suite d'une douleur à la malléole; tout-à-coup, il eut des nausées; il rejeta la crême, et fut aussitôt soulagé de la douleur du pied.

Un autre me consulta relativement à une douleur sur le coude-pied; elle était vive jusqu'à le faire boîter, de sorte qu'il ne marchait qu'avec peine; cependant il n'y avait nul gonflement; et hors la douleur, rien n'offrait de signes d'inflammation; je prescrivis divers moyens qui furent inefficaces. Un matin, il se rendit chez moi, souffrant toujours de la même douleur, et tellement boiteux qu'il ne put sortir de sa voiture, et entrer dans la maison sans le secours de son domestique. Ce jour là, il se plaignait d'un autre symptôme; il avait de la difficulté pour uriner, et un écoulement purulent par l'urèthre; il avait, depuis plusieurs années, un rétrécissement de l'urèthre, pour lequel il avait fait usage de bougies. Récemment, il en avait été

plus incommodé, mais n'avait pas voulu s'en plaindre, pensant qu'il valait mieux, s'il était possible, se débarrasser de la douleur du pied, avant de suivre un traitement pour le rétrécissement. D'après ces circonstances, j'introduisis une bougie qui pénétra au-delà du resserrement, et entra dans la vessie. Aussitôt après l'emploi de la bougie, la douleur du pied diminua; et en moins d'un quart d'heure, il quitta la maison parfaitement soulagé, et marchant sans la moindre gêne. Il s'est écoulé quelques années depuis; mais j'ai revu le malade de temps à autre; et d'après un résumé exact, nous nous sommes convaincus l'un et l'autre que la douleur du pied avait rapport avec la maladie de l'urèthre, et nous ne l'avons constamment soulagé que par l'introduction d'une bougie.

Une dame me consulta relativement à une douleur qu'elle ressentait depuis quelque temps; elle commençait à la malléole gauche, et s'étendait sur le coude-pied, au petit orteil, et jusqu'à la plante du pied. La douleur, disait-elle, était très vive, et le pied était sensible; mais il n'y avait pas de gonflement ni de rougeur. Elle avait des hémorrhoïdes internes, qui faisaient saillie quand elle évacuait; et cette expulsion etait accompagnée d'un écoulement plus ou moins considérable de sang. J'appris, en l'interrogeant, qu'elle ne souffrait pas de son pied, le matin; que ce n'était que peu après la première selle, quand les hémorrhoïdes faisaient saillie, surtout si les matières étaient endurcies; et que si elle était un jour sans aller à la garde-robe, la douleur du pied ne se faisait pas sentir. Après avoir considéré toutes ces circonstances, je lui prescrivis un lavement d'eau froide tous les jours, la pâte de ward trois fois dans la journée, et un électuaire lénitif le soir. Elle suivit cette ordonnance pendant six semaines, et revint me voir. Elle m'apprit que les hemorrhoïdes avaient cessé de saigner, et ne lui occasionnaient que peu de gêne. Elle ne souffrait plus de son pied. Elle fit la remarque que le mal diminuait à mesure que les symptômes des hémorrhoïdes cessaient.

Vous concevrez de suite que, dans ces cas, il n'y avait pas de communication directe entre les nerfs de la partie affectée, qui nous explique le fait de cette douleur sympathique, et vous demanderez naturellement, comment donc était-elle déterminée? Je répondrai que, probablement, c'est dans la masse cérébrale même que se fait cette communication. L'impression est d'abord transmise au sensorium, et de là se réfléchit sur les nerfs.

de la partie qui est secondairement affectée. Si vous disséquez le cerveau, suivant la méthode de Reil, l'ayant d'abord desséché par la macération dans l'alcool, vous le verrez se fendre en fibres, qui passent en directions diverses, et que l'on pourrait démontrer comme réunissant les circonvolutions même les plus éloignées du cerveau; et si nous tentons, malgré le peu de connaissance que nous en possédons, des recherches dans ce sujet obscur, mais intéressant, nous en viendrons facilement à supposer que l'impression faite sur une partie du corps, peut bien se propager au moyen de ces filets conducteurs, et produire une sensation pénible sur un autre point. Ce fait n'est pas plus incroyable que celui dans lequel tout le système nerveux partage l'affection d'un seul nerf, comme dans le tétanos traumatique, et beaucoup d'autres exemples du même genre, cités par des chirurgiens expérimentés. Je rapporterai ici une observation remarquable que j'ai été à même de recueillir. Un officier reçut une balle à la jambe. La blessure se guérit; mais la balle resta si profondément située dans les chairs, qu'elle ne pouvait se sentir à l'extérieur. Néanmoins le blessé n'en éprouvait aucun inconvénient. Au bout de quelque temps, elle changea tellement de place qu'elle devint accessible au toucher. Mais sa nouvelle position amena des accidents qui n'avaient pas encore eu lieu; c'étaient des élancements convulsifs des muscles du membre; ils revenaient à des périodes irrégulières, et étaient parfois suivis d'accès de convulsions générales, comme dans l'épilepsie; si j'en dois juger d'après le récit du malade, on eût pu extraire la balle à cette époque. Malheureusement, on laissa échapper cette occasion; et peu de temps après, elle regagna, sans doute, son ancienne position. En tout cas, les spasmes du muscle cessèrent, ainsi que les accès d'épilepsie. Je pense que ces derniers étaient occasionés par le changement de place de la balle. Selon toute apparence, elle comprimait des filets nerveux, et excitait une irritation particulière qui se propageait jusqu'au cerveau.

Puisque ces affections nerveuses peuvent se rencontrer dans tant de diverses circonstances, et provenir de causes si diversifiées, vous ne serez pas surpris de leur voir prendre une grande variété de caractères, de sorte qu'il m'est impossible de vous donner plus qu'une notion générale de ce que vous en observerez dans votre pratique particulière. C'est à votre propre expérience à suppléer plus tard aux imperfections de ma description.

Quelle que soit l'apparence de ces diverses maladies, soit qu'elles se montrent comme douleurs nerveuses, ou comme spasmes musculaires, un de leurs traits les plus remarquables est qu'elles semblent cesser pendant le sommeil. Il est possible que celui qui souffre du tic douloureux ait de la peine à s'endormir; mais dès qu'il y parvient, son sommeil est profond et tranquille pendant plusieurs heures. Il en est de même de celui qui a un torticoli spasmodique; le muscle qui est le siége du spasme, et c'est sans doute le sterno-cléido-mastoïdien, se relâche et reste distendu tout le temps du sommeil, peut-être toute la nuit. Je ne prétends pas qu'il n'y ait aucune exception à cette règle; mais si elles ne sont pas rares, je me trompe fort. Elles ne sont pas non plus constantes, quand il est éveillé. Les douleurs nerveuses sont principalement sujettes à des intermissions irrégulières; elles reparaissent par accès, et ensuite diminuent ou même se suspendent tout-à-fait. Le temps de ces intermissions irrégulières varie de quelques minutes à quelques heures, et souvent à quelques jours. Le malade annonce alors qu'elles reviennent par spasmes, et quelques médecins les désignent par le même nom, malgré l'inexactitude de cette dénomination. Le mot spasme exprime une contraction; et l'on devrait borner cette expression à la contraction involontaire des muscles. Si vous l'appliquez aux douleurs nerveuses, ainsi qu'aux contractions musculaires, vous confondrez ensemble des symptômes qui, tout en étant produits par la même cause, ne se ressemblent nullement, et vous entraînerez les autres avec vous dans cette erreur. Même quand il n'y a pas d'intermission absolue, l'intensité des symptômes varie selon la santé générale, l'état de l'esprit, ou suivant l'influence des causes extérieures.

Non seulement les douleurs nerveuses varient dans leurs degrés, mais dans leur espèce. Quelquefois, elles sont sourdes, fatigantes; d'autres fois, elles seront vives, aiguës, lancinantes. Un individu, qui n'éprouvait aucun symptôme de maladie, perdit tout-à-coup le sentiment du toucher, du bras, de l'avant-bras et de la main. Tout le membre était engourdi, et la sensation ordinaire était remplacée par celle d'une chaleur brûlante, revenant par intervalles. On reconnaît d'abord les douleurs nerveuses de celles qui sont inflammatoires, en ce qu'elles ne produisent pas un sentiment de battement; elles n'augmentent pas par la pression, et il n'y a pas de signes d'engorgement des petits vaisseaux. Mais par la suite, les signes sont plus difficiles à ac-

quérir. De même que l'événement le plus simple agit vivement sur un esprit irritable, les nerfs qui ont été, pendant quelque temps, soumis à un état d'irritation, transmettent au cerveau toutes les impressions qu'elles reçoivent, en y ajoutant une sensation pénible ou désagréable, ou pour mieux dire, la partie malade devient sensible au toucher, de plus, il peut s'en suivre une plus grande action vasculaire, une inflammation et un gonflement réels. Je ne prétends pas que cette inflammation sera très active, comme celle qui se terminerait en suppuration ou en abcès; elle sera modérée, mais elle n'en sera pas moins une inflammation, accompagnée des symptômes ordinaires. Chez un malade qui éprouvait depuis quelque temps une douleur du testicule, par suite du passage d'un calcul dans l'urèthre, le testicule devint sensible et très développé. Chez un autre, qui avait depuis longtemps ce que l'on considérait comme un violent tic douloureux de la face, les parties conservèrent d'abord leur apparence ordinaire; mais enfin elles s'engorgèrent, par un épanchement de sérosité dans le tissu cellulaire, et devinrent tellement sensibles qu'il ne pouvait supporter le moindre contact.

J'ai dit que les douleurs nerveuses sont sujettes à des intermissions irrégulières; mais dans quelques cas, elles sont régulières, et les retours de la douleur sont périodiques, comme dans une fièvre intermittente; j'en ai vu qui étaient alternées de fièvre intermittente. D'ailleurs, toutes deux dépendent du même état du système général : le quinine ou l'arsenic qui guérirait l'une, guérira l'autre aussi. Dans ces cas, le caractère que prend la douleur conduit à une règle pratique importante; mais dans d'autres, l'expérience ne nous a pas encore bien démontré l'origine de la maladie, ni les moyens de la guérir. Il est probable, d'après ce que je vais citer, que le genre de douleur dépend, pour le moins, autant de la structure de la partie où elle existe, que de la cause particulière qui la produit. Sir Henry Halford a avancé que le tic douloureux de la face provenait de l'irritation des nerfs, par la présence d'une portion d'os mort ou carié. Je pense bien qu'il en est ainsi dans plusieurs cas. J'en ai vu un, sinon deux, qui confirment l'observation de sir Henry Halford; mais je suis persuadé aussi qu'il peut naître d'autres causes.

J'ai vu, avec M. Green et M. Freeman, un cas dans lequel les accès d'épilepsie, et quelques autres indices nous ont porté à croire que la douleur de la face avait sa source dans quelque

maladie du cerveau. Le malade mourut, et l'autopsie nous donna amplement la preuve de l'exactitude de notre pronostic. D'autres fois, elle m'a paru être la suite du mauvais état des organes digestifs. Mais je ne me suis pas aperçu que, dans ces divers exemples, il y ait de différence essentielle dans les symptômes, ou qu'il nous soit possible, en jugeant simplement sur l'espèce de douleur, de prononcer sur sa cause, ou de décider du remède.

Il n'y a pas de parties du corps qui ne puissent devenir le siége d'une maladie nerveuse; mais quelques-unes paraissent y être plus sujettes que d'autres. Elles sont moins fréquentes dans les viscères qui reçoivent leurs nerfs du grand sympathique. Elles sont plus aiguës, et au total, plus fréquentes dans ces parties, qui reçoivent leurs nerfs de la cinquième paire, telles que la face, la langue, les yeux.

Les spasmes musculaires se manifestent plus ordinairement dans les muscles du cou, surtout dans le sterno-cléido-mastoïdien; je suis aussi porté à croire qu'ils attaquent plus souvent les extrémités supérieures que celles inférieures. Il n'est pas rare de voir le bras et la main attaqués d'un tremblement continuel, sans qu'il y ait d'autre indication de maladie. J'ai vu plusieurs fois un spasme musculaire du membre supérieur se manifester ainsi qu'il suit : le malade n'éprouve rien lorsqu'il ne se sert pas du membre; par exemple, s'il s'assied pour écrire, quand il a fait quelques mots, quelques-uns des muscles agissent involontairement, et font sauter la main dans une direction contraire à celle que l'on désire; de manière qu'au lieu de compléter le mot commencé, la plume ne trace qu'une longue ligne.

Une dame se plaignait de douleurs dans la tête; elle avait la bouche entraînée d'un côté; d'où l'on concluait qu'il y avait paralysie des muscles d'un côté de la face. Quand je fus consulté, je remarquai qu'il y avait un tiraillement presque continuel de la paupière et de la joue, du côté où la bouche était portée; et un examen plus attentif me convainquit que la distorsion de la bouche ne venait pas de la paralysie des muscles d'un côté, mais du spasme de ceux du côté opposé. C'était exactement la même circonstance que lorsqu'une personne a un torticoli spasmodique, excepté que l'action agissait sur une autre série de muscles, c'est-à-dire ceux parcourus par le nerf facial, ou la portion dure de la septième paire.

Les muscles du pharynx et de l'œsophage paraissent être plus

susceptibles de dérangement, dans le cas de maladies nerveuses, que ceux de toute autre partie. Dans la plupart de ces affections, que l'on a confondues ensemble sous la dénomination générale de constriction de l'œsophage, c'est ou un spasme, ou une paralysie partielle; et ce ne sera pas par l'introduction de bougies dans l'estomac, mais par tout autre moyen que l'on obtiendra guérison.

Une dame me consulta sur quelques symptômes, qu'elle attribuait à une constriction de l'œsophage; elle ne pouvait prendre aucune nourriture solide; elle était contrainte de ne se nourrir que de liquides, encore avait-elle la plus grande difficulté pour la déglutition. Il y avait trois ans que les symptômes existaient, et avaient été en augmentant. J'introduisis une bougie œsophagienne d'un diamètre complet. Elle pénétra dans l'estomac sans le moindre obstacle. Cette circonstance, jointe à d'autres, me fit conclure que la difficulté de la déglutition n'était que le symptôme de quelque autre maladie. La face était pâle, comme à la suite d'hémorragies fréquentes; les pieds étaient œdémateux. En l'interrogeant, j'appris qu'elle était sujette, depuis longtemps, à des hémorrhoïdes internes, qui avaient amené des évacuations abondantes de sang. Ce fut à cette dernière maladie que je donnai toute mon attention; je prescrivis deux onces d'une infusion de catechu, avec quinze grains d'alun, à prendre en lavement froid, tous les matins; et en même temps une solution de sulfate de fer et de sulfate de quinine, à prendre comme médicament. Elle suivit l'ordonnance pendant environ trois semaine, et les hémorrhoïdes allaient beaucoup mieux; elles ne faisaient plus saillie, et il n'y avait pas eu d'hémorragie; ses joues étaient moins pâles, et comparativement, la déglutition était facile. Au bout de six semaines, la malade n'éprouvait que peu d'inconvénient des hémorrhoïdes; et il y avait si peu de difficulté pour avaler, que je n'hésitais pas de lui conseiller de faire usage de bols de pâte de ward, trois fois par jour, afin de détruire complétement l'affection hémorrhoïdale.

L'histoire pathologique de ces affections nerveuses locales, sont, en elles-mêmes, un but de recherches intéressantes et curieuses; mais elles ont un droit encore plus grand à votre attention. Votre malade désire être guéri; c'est là sa seule raison pour vous consulter. Vous aurez beau vous munir d'une liste de remèdes anti-nerveux, ordonnant d'abord le carbonate de fer, puis y substituant l'extrait de belladone, et le changeant aussi

pour un autre, espérant que le hasard vous fera tomber sur l bon moyen; mais il résultera peu de bien de cette pratique empirique. Si vous voulez guérir votre malade, il faut examiner pathologiquement (passez moi l'expression) chaque cas individuel qui s'offre à vous. Efforcez-vous de remarquer quelle est la véritable origine des symptômes; si vous y parvenez, vous aurez souvent appris en même temps comment on effectue une guérison; tandis que d'autres fois, où la maladie est incurable, vous aurez acquis cette certitude, et vous éviterez de tourmenter le malade par des moyens inutiles; et en tout cas, vous saurez que vous pouvez faire tout autant pour lui que vos voisins.

Il ne faut s'attendre à aucun bien réel, résultant d'applications sur la partie où les symptômes se manifestent, si la cause existe ailleurs; et le premier point est de ne pas tomber dans l'erreur, en considérant les signes comme constituant la maladie originaire. Un malade se plaint d'une douleur dans le testicule; mais ce dernier paraît avoir sa structure naturelle, et à part la douleur, il ne porte aucun signe d'inflammation. Vous interrogez, et vous apprenez que la douleur n'est pas constante; que la marche la provoque, et qu'elle cesse quand l'individu est couché. Examinez l'aine après qu'il a marché, vous y trouverez une hernie commençante; l'intestin cherche à se frayer un passage au travers l'anneau abdominal. Vous appliquez un bandage qui retient la hernie, et fait cesser la douleur du testicule. Si vous eussiez fait votre examen à la légère, et que vous eussiez appliqué des sangsues, ou ordonné des lotions sur le testicule, vous n'eussiez fait que tourmenter votre malade inutilement. Un autre s'adresse à vous pour un torticoli spasmodique : si vous concluez aussitôt que la maladie existe là où elle se montre, et que vous divisiez le tendon du sterno-cléido-mastoïdien, qu'en résulte-t-il? Que vous avez infligé une souffrance mal à propos; car avant que la plaie se soit cicatrisée, le tendon divisé a contracté de nouvelles adhérences avec les tissus avoisinants; et la contraction du muscle et la torsion du cou sont aussi fortes qu'auparavant. Je vous citerai l'exemple d'une opération faite aussi inutilement, faute de ce jugement de la part du chirurgien. Un marin avait reçu au jarret une blessure grave, par une balle, je crois; la blessure fut longtemps à guérir, et la jambe resta contractée; de plus, il y avait une douleur cruelle dans le pied : après avoir essayé, pendant un long intervalle, quantité de moyens, sans être soulagé, le malheureux se décide à subir l'amputation; le

chirurgien qui le soignait, amputa la jambe; mais malheureusement, au lieu de couper au-dessus du genou, et par conséquent, du nerf malade, il coupa au-dessous; il est à peine nécessaire de dire quel en fut le résultat. La douleur conserva toute sa force, jusqu'à ce qu'on eût fait une seconde amputation plus haut, sur le membre.

Cependant j'aime à croire qu'il en est peu d'entre vous qui seraient coupables d'une erreur aussi grossière; mais je vous l'ai dit, votre diagnostic sera souvent très difficile; et il vous faudra un examen très scrupuleux, et beaucoup de jugement pour comprendre la véritable nature du cas, de manière à pouvoir déterminer où est la maladie première, et en quoi elle consiste. Il faut considérer non seulement les circonstances existantes, mais l'histoire primitive de la maladie; et au lieu de borner vos observations au signe particulier pour lequel on vous consulte, vous devez faire un examen général de l'état des fonctions; et si cet examen ne suffit pas, vous vous contenterez d'attendre, et de veiller aux progrès du mal et à l'effet des moyens employés.

Si la maladie originaire agit directement sur les nerfs de la partie affectée, et détermine de la douleur, du spasme musculaire ou de la paralysie, vous aurez d'abord à considérer jusqu'à quel point vous pourrez la gouverner par des topiques. Si un nerf est comprimé par une tumeur, ou si un corps étranger, tel qu'une balle, irrite sa surface, ou est embarrassé dans sa substance, peut-être pourrez-vous extraire la tumeur ou le corps étranger par une opération. Si elle n'est pas possible, ou si la structure du nerf est altérée, il y aura à considérer s'il faut amputer le membre ou diviser le nerf.

Ce n'est que dans ces circonstances qu'on peut espérer quelque avantage de la division du nerf. Dans les cas ordinaires de névralgie, quand la cause première existe dans le cerveau, ou dans quelque autre partie éloignée, ou quand elle a rapport à quelque dérangement de la santé générale, il n'y a certainement aucun principe qui recommande cette opération; et il n'est pas étonnant qu'elle manque, si on la pratique. Quand on ne peut rien faire de mieux, et qu'il n'y a pas de chance de guérison, il vaut mieux adopter un traitement palliatif, et tenter de mitiger les souffrances du malade, soit par l'usage de bains de vapeur, ou par l'application de l'opium ou de la ciguë, ou ce qui est préférable, par l'emplâtre de belladone.

Dans d'autres cas, votre succès dépendra principalement des circonstances suivantes : si vous avez pu découvrir le siége du mal, et s'il est de nature à éprouver l'influence des moyens thérapeutiques. Si vous réfléchissez à ce que j'ai dit dans la première partie de cette leçon, vous verrez que j'ai beaucoup anticipé sur cette partie de nos recherches. Je ne vous fatiguerai pas de répétitions inutiles. Il y a un point, néanmoins, auquel il est de mon devoir d'ajouter quelques remarques. La membrane muqueuse de l'estomac et des intestins offre une surface très étendue, sur laquelle se distribuent une grande quantité de filaments nerveux; ceux-ci entretiennent la sympathie de ces organes avec les autres parties du corps. Cette membrane est sujette à diverses causes d'irritation; c'est souvent à cette source qu'on tracera la cause de diverses affections nerveuses qui se seront manifestées sur toute autre partie. Aussi, dans bien des cas, on soulage ou l'on guérit par un régime bien gouverné, par des purgatifs, ou par quelques autres médecines qui tendent à corriger les sécrétions troublées de l'estomac ou du foie. Vraisemblablement, le carbonate de fer, que quelques-uns ont recommandé dans ces cas, agit sur ce principe, quand toutefois son action a lieu. Même en prenant deux ou trois drachmes de carbonate tous les jours, il est impossible de supposer qu'il en passera plus de quelques grains dans la circulation; la plus grande partie doit rester (et nous savons qu'elle y reste) dans le canal intestinal, se mêler avec les matières, et en être expulsée avec elles; et dans l'état actuel de nos connaissances, il n'est pas facile de s'expliquer comment elle peut produire quelque effet sur le système en général, à moins que ce ne soit au moyen de son opération mécanique sur la surface interne de l'intestin.

Quand l'affection nerveuse locale dépend d'une maladie du cerveau, ou de la moëlle épinière, il est certain que la maladie n'a pas de chance de guérison. D'autres accidents nerveux se manifestent successivement, tels qu'une marche chancelante, une voix traînante, des accès d'épilepsie, le dérangement de la raison, enfin une apoplexie qui est le prélude de la mort. Mais les mois et les années s'écouleront, avant que la maladie n'arrive à sa période fatale; et dans l'intervalle, vous aurez atteint un but important, si vous êtes parvenu à soulager les souffrances locales. Selon moi, celles qui se montrent sous la forme de spasmes musculaires ou de paralysie, offrent peu de ressource. Les spasmes peuvent cesser spontanément; mais l'art n'y peut

rien. Il en est autrement des douleurs nerveuses; et les applications locales de ciguë, de belladone, les liniments stimulants combinés avec le landanum, et même les vésicatoires, pourront avoir l'avantage de faire cesser la douleur pour un temps, peut-être entièrement, tandis que la maladie suivra une marche lente, mais progressive.

MALADIES DU LARYNX.

Laryngite aiguë.

Si l'on peut juger de la gravité d'une maladie et de sa désespérante incurabilité par le nombre d'ouvrages que l'on a écrit, on pourrait croire que les sujets que l'on a à peine traités, sont si connus que toute étude est inutile et sans avantage réel. Malheureusement le domaine de la science est si vaste qu'il reste encore sans culture beaucoup de terrain que l'on est étonné de trouver vierge. Si par l'absence d'ouvrages sur un sujet, on peut, à juste titre, inférer qu'il est peu connu, on arrive à la même conclusion, quand on voit le prix que l'on met à récompenser des ouvrages médiocres. Ces observations peuvent s'appliquer surtout aux maladies du larynx. Naguères encore, les académies n'avaient pas assez de couronnes pour le docteur Bennati; et cependant à quoi se réduit en réalité la valeur de ses travaux en pratique, si ce n'est à avoir employé en France, pour le traitement de l'atonie des membranes du palais et du larynx, les toniques astringents que l'on employait en Angleterre contre les ophtalmies les plus aiguës. Dans ses deux mémoires, on ne trouve rien sur l'inflammation aiguë ou chronique, rien sur les névroses, rien sur les affections sympathiques et spasmodiques, il note à peine et par hasard l'existence des différents produits morbides et la phtisie laryngée. Un écrivain qui se présentait comme le monographe par excellence des maladies des organes de la voix aurait dû les embrasser toutes, et les traiter séparément. Paix à l'ombre de Bennati! il a fait selon ses moyens et son vouloir. Mais ce qu'il est bon de constater, c'est que l'on manque encore d'une monographie sur les maladies du larynx, même après l'ouvrage de M. Colombat de l'Isère, dans lequel nous ne trouvons pas un mot sur la laryngite aiguë.

Le larynx peut éprouver toutes les maladies communes aux

membranes muqueuses, au tissu cellulaire, aux ligaments, aux cartilages, aux muscles et aux nerfs. On peut faire, en étudiant chacun de ces organes, un cours de pathologie complet.

En effet, chaque tissu qui compose cet organe compliqué a ses fonctions et ses maladies. Quelquefois cet ensemble de parties est entièrement frappé de maladie, quelquefois, au contraire, une seule de ses parties sert de point de départ à la maladie, qui les parcourt toutes, en suivant différentes phases, depuis l'inflammation simple jusqu'à l'ulcération, la destruction et la mort.

La laryngite, maladie qui affecte le plus souvent les organes du larynx, est l'inflammation de la membrane muqueuse. C'est une de celles sur laquelle les auteurs s'entendent le moins. Connue chez les anciens sous le nom de *synanche laryngea*, elle exerça beaucoup leur sagacité : Arétée en donna de bonnes descriptions, sans nous laisser une thérapeutique convenable. La maladie porta plus tard le nom d'*angina œdematosa*, d'après un de ses symptômes. Prenant les différentes phases de la maladie pour des variétés de cette maladie, confondant l'œdème avec la tuméfaction inflammatoire, la phtisie avec l'inflammation chronique, l'ulcération à la suite d'inflammation avec des tubercules ramollis, les auteurs ont jeté le plus grand vague sur une des maladies les plus graves, par ses suites promptement mortelles. Souvent ils l'ont traitée avec légèreté, et l'ont à peine considérée comme une indisposition, malgré les pronostics d'Arétée, et les terribles exemples que l'on en rencontrait tous les jours. *Celerrime intereunt synanche laborantes*, dit Arétée, *nonnumquam et antequam medicum accersiveruit.* L'esprit avec lequel écrivent aujourd'hui les médecins ne leur permet plus d'enseigner par des dissertations, nous adopterons cette méthode positive de la science médicale, qui enseigne surtout par des faits. Qu'il nous soit permis de rapporter ici, et en forme d'introduction à notre sujet, la mort de Washington, enlevé si rapidement à l'amour et à l'admiration de ses concitoyens et de son siècle.

1re OBSERVATION. — *Laryngite aiguë suivie de mort.*

Le 9 septembre 1799, ayant été exposé à la pluie, le général Washington fut attaqué le 10, pendant la nuit, d'une inflammation de la partie supérieure de la trachée, connue sous le nom de *synanque trachéale*. La maladie débuta par une fièvre vio-

lente, accompagnée de douleur dans la partie supérieure de la gorge, d'une sensation de constriction dans le même endroit, de toux, d'une déglutition plus difficile que douloureuse, et qui était suivie par un accès de fièvre et une respiration prompte et laborieuse. Le général lui-même, sentant la nécessité d'une saignée, fit appeler un médecin du voisinage, qui retira douze à quatorze onces de sang. Sa famille, qui l'entourait, ne put obtenir de lui qu'on envoyât chercher, avant le jour, le médecin qui le traitait habituellement. Le médecin arriva au mont Vernon, le samedi à onze heures. Comprenant d'abord la gravité de la maladie, et prévoyant sa fatale terminaison, il envoya aussitôt chercher deux médecins consultants; mais en attendant leur arrivée, il fit deux larges saignées, appliqua un vésicatoire sur la partie affectée, administra deux doses modérées de calomel en lavement, qui opéra sur les gros intestins, mais sans aucun avantage appréciable. La respiration devint plus difficile et plus accablante. Un des médecins consultants arriva à trois heures et demie; il fut d'avis de faire une nouvelle saignée; il n'y avait pas encore de symptôme d'accumulation de sang dans les conduits bronchiques des poumons. La saignée fut de trente onces, sans que le malade éprouva le moindre soulagement. On fit respirer au malade des vapeurs de vinaigre et d'eau, on donna dix grains de calomel, puis des doses répétées d'émétique, jusqu'à six grains, sans obtenir d'autre effet que des selles très copieuses. Les forces de la vie paraissaient alors céder manifestement à celles du mal. On appliqua des vésicatoires aux extrémités, et des cataplasmes de son et de vinaigre autour du cou. L'articulation des mots, qui était douloureuse dès le commencement, devint alors impossible, la respiration devint de plus en plus faible et imparfaite jusqu'au samedi, après onze heures du soir, heure à laquelle il expira, ayant conservé son intelligence jusqu'au dernier moment. Dès le commencement de sa maladie, Washington était convaincu qu'elle serait fatale; aussi se soumettait-il aux soins qu'on lui prodiguait pour le guérir, plutôt comme à un devoir, que dans l'attente de la guérison. Pendant la courte période de sa maladie, il distribua son temps, avec la plus grande économie, dans l'intérêt de ses affaires, qu'il traita avec la plus grande sérénité, conservant jusqu'à la mort, qu'il voyait devant lui, ce calme qui l'avait caractérisé pendant sa vie.

La mort du président des États-Unis, qui aurait dû appeler

l'attention, et commander l'étude du praticien, ne porta pas de fruits; et dix ans après, en Angleterre, un des médecins les plus distingués, le docteur Pitcairn mourait de la même maladie, sans la connaître, et sans que Baillie, qui faisait alors la gloire de la médecine anglaise, la connût lui-même. La mort de Pitcairn fut au moins pour Baillie, une occasion d'étude, et il publia peu de temps après un mémoire qui appela l'attention des médecinssur cette maladie importante. Cheyne d'Édimbourg avait déjà effleuré ce sujet, s'occupant cependant davantage de la laryngite croupale que de la laryngite inflammatoire aiguë. Le docteur Farre suivit la route tracée par Baillie; et depuis lors, plusieurs mémoires insérés dans les transactions médico-chirurgicales, ont de temps en temps ramené cette question. Mais il est encore fort remarquable que l'on n'ait écrit jusqu'ici que quelques articles de dictionnaire ou de journaux.

2e OBSERVATION. *Laryngite aiguë; guérison.*

Une jeune femme de Dublin gagnait sa vie en ramassant des coquilles sur les bords de la mer, et elle les vendait ensuite, en les criant dans les rues. Elle fut prise d'une laryngite. Le second jour de sa maladie, elle était pâle, pouvait à peine articuler. Quand elle faisait des efforts pour avaler, le moindre effort était suivi de convulsions, comme lorsqu'une miette de pain ou une goutte d'eau entre dans les voies respiratoires. Le son de voix était semblable à celui d'une personne qu'on étrangle de vive force. L'inspiration était sibilante et plus faible que dans l'état naturel. Le soir, elle fut saignée jusqu'à syncope. La saignée fut encore répétée deux fois. Le jour suivant, au moindre mouvement, la respiration devenait difficile. Elle ne pouvait encore avaler, elle fut saignée de nouveau, prit un purgatif en lavement, et on lui mit un vésicatoire; le jour suivant, elle expectora des mucosités jaunes, et elle put avaler. Enfin elle entra en convalescence au bout de quatre jours.

L'énergie avec laquelle cette femme fut traitée fut sans doute la cause de son retour à la santé; nous aurons occasion de voir des exemples où des demi-moyens sont aussi nuisibles que l'absence de tout traitement, car ils n'empêchent pas la maladie de progresser.

3e OBSERVATION.

M. ***, professeur de chant, d'un tempérament robuste et sain, âgé de trente-cinq ans, obligé de faire de longues courses dans les environs de Londres, où se trouvaient ses élèves, reçut une pluie froide au mois d'avril 1834. En retournant chez lui, se sentant fatigué, il monte sur le *outside* d'une voiture anglaise, se refroidit et rentre chez lui en grelottant. Il se mit au lit, et eut de la peine à se réchauffer. Le lendemain, il ne pouvait parler, les amygdales, le voile du palais, le larynx étaient douloureux et gonflés. Il ne pouvait avaler. Je fus appelé le soir. Le malade avait une fièvre violente; il disait avec peine qu'il se sentait étranglé. Jugeant son état grave, par les suites qu'il pouvait avoir, je l'attaquai énergiquement. Une forte saignée fut faite sur le champ; on posa vingt sangsues sur la région du larynx. Le malade eut du délire pendant la nuit; sa voix ne revint pas; il se plaignait sans cesse de suffocation, et il se fût de ses mains, déchiré la peau du cou, si l'on ne l'en eût empêché. Le jour suivant, dès le matin, le malade fut encore saigné; les amygdales étaient très gonflées; dix sangsues furent portées successivement sur ces glandes, à l'aide d'un tube de verre. Le soir, le malade était mieux; la respiration était plus libre. Le jour suivant, la strangulation se présenta de nouveau; il semblait que l'inflammation ne pouvait abandonner le larynx; elle s'y reportait comme un reflux. Dix sangsues furent encore appliquées sur les amygdales, à l'aide d'un tube de verre. J'ordonnai un lavement purgatif, des bains de pieds avec de l'acide muriatique, des cataplasmes émollients autour du cou.

Le soir, le mal semblait être arrêté. Le malade eut des selles abondantes. Le lavement était rendu cathartique, à l'aide d'un scrupule de vin de colchique.

Le lendemain, le malade put avaler; la sécheresse de la bouche avait cessé. Il avait eu, pendant la nuit, une légère transpiration; mais il était d'une faiblesse telle, que je me serais reproché mes déplétions sanguines, s'il n'avait pas dû étouffer, sans les pertes de sang qu'il avait faites.

Pendant quatre jours, le malade me parut réellement en danger; le cinquième jour, la voix commença à revenir; la déglutition fut plus aisée; les amygdales diminuèrent de volume, la bouche fut moins sèche; enfin il entra en convalescence, et fut un mois avant de se remettre entièrement.

Les deux observations que je viens de citer contrastent évidemment avec celle de Washington. Faut-il, pour cela, jeter le blâme sur les médecins qui lui donnèrent des soins? Non, sans doute, ils agirent en conscience et selon leurs lumières. Peut-être que des applications locales de sangsues eussent eu de plus heureux résultats; peut-être auraient-elles échoué. Dans tous les cas, il est bon de remarquer qu'il y eût du temps perdu, et que la petite saignée de douze onces était réellement insuffisante pour enrayer les progrès du mal.

(*Ce mémoire sera continué.*)

HOPITAL SAINT-THOMAS.

TUMEUR ENKYSTÉE. TUBERCULISATION DIFFUSE.

1re OBSERVATION. *Tumeur enkystée de l'avant-bras* (*maligne*).

Janvier 1836. Sarah Lovett, âgée de 23 ans, paraissait d'une bonne constitution, et jouissait habituellement d'une excellente santé. Il y a environ quinze mois, elle éprouva de la douleur dans l'avant-bras et le poignet, à la suite d'une légère foulure. Cette douleur céda à l'usage d'une bande roulée; mais deux ou trois mois après, elle s'aperçut d'une petite tumeur dure, située à la partie externe de l'avant-bras; elle a continué à se développer, et a maintenant acquis le volume d'un œuf de dinde; elle est ovale, molle, élastique, mobile, mais profondément située, et depuis quelque temps, occasionne plus ou moins de douleur.

15 janvier. On a enlevé la tumeur par excision; elle était contenue dans une forte membrane, adhérant fermement au faisceau de muscles, mais sans tenir à l'os ou au tégument de l'articulation du coude; elle était d'une couleur cendrée, d'une consistance molle, cédant facilement à la pression du doigt. Elle se composait de petites masses lobulaires, séparées par une membrane mince, et offrait un arrangement très uniforme; il n'y avait nulle apparence de vaisseaux, à moins que l'on ne considère comme tels de minces stries qui traversaient les cellules.

Le soir, le bras était douloureux, pas de fièvre : pulv. ipec. comp. gr. x *hac nocte*.

16 janvier. Douleur violente dans le bras, qui est très enflé;

elle éprouve de la soif. Chaleur. Le pouls est vif. Céphalalgie. pulv. Rhei. c. Hydr. ℈ j. statim. Vin. ipeca. ♏. x ex mist. effervescen. 4 horis.

17 janvier. La nuit s'est passée assez bien. Le pouls est moindre; la douleur et le gonflement du bras ont considérablement diminué.

18 janvier. La malade va bien. On a pansé la plaie; elle paraît saine et disposée à se réunir.

25 janvier. Bon état. Sommeil calme. Appétence. Douleur au poignet depuis deux jours. Potion tonique.

11 février. État satisfaisant. La douleur du bras a cessé. La plaie est presque fermée. Sortie, guérie, le 18.

2e OBSERVATION. *Tubercule diffus du tégument intérieur du sein (maligne).*

6 juin 1833. Sarah Creed, 32 ans, d'une bonne constitution, reçut, il y a sept ans, un coup sur le sein gauche; et au bout de trois semaines, elle remarqua une petite tumeur sur cette partie; elle était quelquefois douloureuse; elle ne fit aucun progrès essentiel pendant l'espace de trois ans; elle avait acquis le volume d'une noix, les téguments internes restaient sains. Six mois après, il y eut ulcération; la plaie resta inactive pendant un an; la malade employa, durant cet intervalle, diverses applications stimulantes. Elle entra à l'hôpital, et resta trois mois soumise aux soins de M. Green; la blessure se guérit, et la femme sortit en bonne santé. Peu après, il se manifesta un cordon de tubercules, s'étendant depuis le mamelon du sein gauche jusqu'à l'aisselle; ils étaient superficiels, sans couleur, durs et douloureux; il s'ensuivit une ulcération de la cicatrice; les tubercules semblaient unir la peau au muscle inférieur. Elle rentra à l'hôpital sous M. Travers; tout le sein était absorbé; tous les téguments n'offraient qu'une masse de tubercules irréguliers, livides, durs et douloureux; il y avait quelques petits points ulcérés d'où sortait une matière séro-purulente; la santé n'était que peu affectée. Ferri carbon. ʒ j ter die. Opii. gr. j. on. applications simples.

7 août. On a continué le même traitement; l'état est à peu près le même. Extr. lactucæ gr. v. on : mist. potass. Hydriod. ℥ j. ss. ter die. On supprima ce traitement au bout de quinze jours, parce qu'il agissait trop sur l'estomac.

25 septembre. Les tubercules s'accroissent rapidement; ils se sont prolongés à l'autre sein. Liq. arsenic. gutt. v ter die. Morph. acet. gr. ss. ext. conii gr. v omn. nocte. Cataplasme de carotte. Ce traitement cessa de convenir; vers la fin d'octobre, on le suspendit.

3 décembre. L'ulcération et les tubercules livides augmentent; il s'en forme de nouveaux tout autour des anciens. Subm. hydr. gr. ij, pulv. ipeca. c. gr. x on mist. pot. citr. c. tinct. Hyosc.

17 janvier 1834. ℞. tinct. iodinæ ♏. viij. ter die ex dec. sarsæ.

24 février. ℞. sodæ carbon. ʒ ss. ter die. lotio anod.

Mai. Il n'y a pas de mieux, liq. pot. ʒ j T. D. ex infus. gent. comp.

30 juin. Aucun changement apparent. Pil. Hydr. gr. j. opii gr. ss. on. rep. potass. Hydr. ter die. Ung. Neutrem.

Septembre. La formation des tubercules augmente; application de fort acide nitrique.

6 novembre. La maladie fait des progrès; tout le sein droit est absorbé, depuis les clavicules jusqu'à l'ombilic; on ne rencontre qu'une masse de tubercules durs et contractés; la membrane cellulaire est entièrement absorbée. La peau adhère fortement aux muscles, au moyen des tubercules. Plusieurs de ceux du cou et du dos sont encore dans un état inactif; les téguments ne sont pas décolorés, mais il y a de la dureté; on voit de petites pustules pyramidales demi-transparentes; quand elles atteignent la grosseur d'un petit pois, elles deviennent fixes, douloureuses, et la peau prend une couleur livide; on essaya la créosote, et on la continua jusqu'à ce qu'elle ne convînt plus à l'estomac.

Janvier 1835. La maladie semble augmenter; il y a un œdème considérable du bras gauche. On ordonne l'iode en substance. Pil. Iodin. gr. ss. ter die.

Mai. La maladie s'étend de tous côtés.

Août. La maladie est fixée; les tubercules se sont propagés jusqu'aux aines; il n'y a qu'une ulcération au centre de la poitrine; le bras enflé etait devenu dur et érithémateux; on le fait appuyer dans une boîte à balançoire, suspendue à la tête du lit.

Décembre. Le traitement semble commencer à agir sur la maladie. Les parties affectées ont meilleur aspect; les règles sont supprimées depuis trois mois. Acet. morph. gr. ss omni nocte. cont. pil. iodin.

23 janvier. La partie offre maintenant un aspect très particulier, depuis la clavicule jusqu'à l'ombilic; la surface a l'apparence de cicatrices d'une couleur livide, inégales, dures, immobiles; la membrane cellulaire, au-dessous, est entièrement absorbée; cette nouvelle structure, ou peau malade, adhère fortement aux parois de la poitrine et de l'abdomen, et est, en partie, couverte par des écailles; il y a à la base du sternum un petit ulcère, qui est net, mais sec, et ne paraît pas disposé à se cicatriser.

La partie inférieure de l'abdomen est recouverte de tubercules en groupes ou épars; ils s'accroissent (ils étaient très douloureux, quand ils se formaient sur la poitrine), la peau n'est que légèrement décolorée; il n'y a pas de douleur. Le dos, depuis la région cervicale jusqu'à la région lombaire, ainsi que les côtés, sont couverts de tubercules plats qui se confondent ensemble, et constituent un tégument élevé, rouge et luisant; partout où les téguments sont adhérents, il y a callosité et absence de douleur. L'hypogastre est très saillant; il offre une plénitude et une dureté générale; la région iliaque gauche est douloureuse à la pression; l'état physique et moral se soutient assez bien; il y a parfois de la céphalalgie, mais la malade ne se plaint que de douleurs lancinantes dans la poitrine, et la moindre excitation détermine des palpitations assez fortes, qui durent plusieurs heures; la digestion se fait bien; le ventre est libre; le pouls et la langue sont naturels; les règles sont rétablies; le bras est à peu près dans le même état; elle se ressent encore parfois d'éréthisme et d'irritation générale, mais beaucoup moins qu'avant; elle continue l'iode à petites doses.

3 mars. Beaucoup de mieux. Les règles ont été abondantes, accompagnées de beaucoup d'excitation constitutionnelle; l'ulcération du sternum est cicatrisée, mais il y en a encore quelques petites sur diverses parties de la poitrine. Le bras est revenu à son volume naturel. On ne découvre aucun nouveau tubercule.

25 mars. On supprime l'iode.

Leçon clinique par M. TRAVERS.

Le cas de la femme Lovett devenait intéressant, par l'indécision où l'on était, si la tumeur avait un caractère malin. Telle était d'abord l'opinion d'un juge capable; il y était confirmé par

l'examen de sa structure; et plusieurs autres observateurs étaient du même avis. D'autres et moi, nous en pensâmes différemment. On rencontre assez souvent cette diversité d'opinion, qui tend bien à prouver qu'il est très difficile d'établir son diagnostic en chirurgie ou en médecine, puisque malgré l'expérience et l'habitude du discernement, on diffère encore souvent sur le caractère et la tendance d'une maladie.

Il y a un grand nombre de cas que l'on nomme suspects; ils offrent un diagnostic imparfait; ils se trouvent assimilés par quelques circonstances, à une classe particulière, et d'autres les en séparent. Ils se rapprochent des cas de malignité, sans en faire exactement partie, occupant, pour ainsi dire, un territoire neutre, sur lequel on peut discuter; et quoique ces cas douteux se rencontrent plus souvent dans les hôpitaux, où l'on trouve les maladies dans leur plus grande variété et sous les formes les plus hardies, néanmoins il s'en trouve quelques exemples dans la pratique particulière, jetant dans le plus grand embarras l'esprit des malades et de leurs parents; car ils doivent sentir que le traitement étant fondé sur le diagnostic, devra, selon son exactitude ou son erreur, produire ou du bien, ou beaucoup de mal, et qu'on risque à perdre l'occasion de sauver le malade.

Il y a de nombreux exemples de faux diagnostics, dans la pratique même des chirurgiens les plus respectés. La décision du malade a souvent prouvé ce point tout aussi bien qu'une consultation. Poussé par la crainte ou l'espérance, le malade s'est quelquefois attaché à la chance qu'offrait une opération non conseillée, on l'a repoussée malgré tous les avis, et l'on a été surpris de le voir se rétablir. Voilà comment un charlatan a souvent emporté les honneurs d'une cure merveilleuse, parce qu'il a spéculé hardiment sur l'incertitude d'un praticien consciencieux, ou sur la confiance crédule d'un mourant. On trouverait une source intéressante et curieuse d'instruction dans un recueil fidèle des erreurs de diagnostic. Mais chaque individu sent trop l'importance du discernement, pour que l'orgueil naturel à l'homme ne vienne pas s'opposer à un pareil aveu.

On a dû remarquer combien le détail d'un article authentique, sur une fonction morbide ou sur l'anatomie morbide, ou même la description nouvelle et piquante, sous un nouveau nom, d'une maladie ancienne, tend à en faire multiplier les exemples; de sorte qu'on s'étonne que de telles maladies soient res-

tées si long-temps inconnues, ou aient échappées à la description ; on en vient même à douter si ce n'est pas une maladie nouvelle. On ne peut expliquer qu'ainsi l'ardeur avec laquelle on se saisit de généralités, et l'on adopte des choses nouvelles qui s'impriment avec la force de la vérité; de sorte qu'insensiblement l'esprit s'en empare, au point qu'il transfère la nouvelle dénomination à la simple similitude de l'original. De même, toutes les tumeurs prirent le nom de malignes, après que M. Hey et M. Burns eurent décrit l'espèce hématoïde et fongoïde. Il y a eu de semblables universalités absurdes dans l'hypertrophie et le ramollissement, depuis qu'on les indiqua comme venant parfois à la suite d'action inflammatoire des tissus. Cette erreur commence à se corriger, ou s'il n'en est pas ainsi, au moins la prudence et l'incrédulité s'y opposent si fortement qu'elles l'empêchent de faire des progrès aussi rapides. On prouverait facilement cette observation par des exemples de traitements pharmaceutiques, ainsi que dans plusieurs diagnostics de maladies, mais cette preuve serait déplacée ici.

Quand il s'agit de prononcer sur une maladie douteuse, j'engagerais plutôt l'esprit à pencher pour un caractère benin, à moins que les preuves de malignité ne soient bien palpables. Par là, nous serons moins exposés à former un jugement prématuré et erroné, et nous accordons au malade la seule chance de se retirer de ses circonstances fâcheuses : souvent ce moyen l'a sauvé. On devrait avoir à nous arracher l'aveu des triomphes de la maladie; il ne nous convient pas de les dénoncer en désespoir de cause; on doit, par tous les moyens, entretenir l'espoir que le jour n'est peut-être pas éloigné, où l'on découvrira, parmi les nouveautés de la pharmacopée croissante, ou par les effets d'un traitement chirurgical ou d'un régime particulier, un moyen de mitiger, sinon d'anéantir l'action morbide, tandis qu'en même temps, on relève la force constitutionnelle, et l'on change par là la diathèse de ces maladies affreuses, qui sont encore la pierre d'achoppement de la profession, et le fléau de l'humanité.

Je suis d'avis que la plupart des tumeurs ont leur source dans de légères lésions, et dans un dérangement temporaire de la circulation capillaire, il s'ensuit des dépôts dans la membrane cellulaire propre ou interstitielle, ou dans les glandes lymphatiques, muqueuses ou sébacées; ou bien un caillot de sang se

dépose et se condense sans être absorbé ; alors il forme un dépôt qui est isolé, soit par le genre de sa localité ou par sa nature peu irritante, ou par sa consistance ou ses enveloppes. La formation d'une pareille tumeur n'est pas le résultat d'une inflammation ; il se passe plus ou moins de temps avant qu'elle ne soit palpable, et encore plus avant qu'elle ne soit visible ; même alors le malade en éprouve si peu d'inconvénient, à moins que son volume ne cause une difformité, ou ne gêne les parties voisines, qu'il y fait peu d'attention, et aime mieux la laisser que d'y rien faire. Puisque son origine a été accidentelle, on ne peut expliquer sa présence et son accroissement que par les circonstances de son tissu, sa position, etc. Son état peut rester plus ou moins longtemps le même, puis s'absorber, et disparaître spontanément ou par irritation externe; ou bien il peut croître en proportion de la nourriture que reçoivent les parties saines voisines, même au-delà de cette proportion, et les gêner; ou en excitant une inflammation, contracter des adhérences. La tumeur en comprimant la surface, enflamme les téguments et détermine l'ulcération, sans éprouver aucun changement elle-même. D'autres fois, elle-même s'enflamme, le pus s'y forme; elle s'ulcère et vient communiquer avec la surface ; la disposition inflammatoire a été le résultat de la compression réciproque d'elle et des parties. C'est ce qui arrive dans le squirrhe. Quiconque a observé de près les goitres, les tumeurs solides sarcomateuses de l'utérus, des ovaires, des testicules, sait parfaitement que la croissance excessive des tumeurs est indépendante d'aucune cause inflammatoire. Ce ne sont pas de simples accroissements des structures de tissu. Quand on trouve incorporées des glandes lymphatiques et des organes viscéraux, et quand la structure de ces tumeurs est si homogène, et présente une unité si complète de la structure originelle, qu'en les incisant, on ne trouve aucun vestige des tissus enveloppés. La croissance morbide proprement dite est presque toujours aussi indépendante de l'inflammation que l'accroissement naturel; et l'excessive croissance n'est elle-même nuisible qu'autant qu'elle en vient à gêner les parties circonvoisines. Les caractères les plus remarquables des tumeurs morbides et des excroissances sans inflammation, sont l'homogénéité de leur substance et la simplicité, l'uniformité de leur arrangement. Celles qui sont le résultat de l'inflammation offrent des complications et des variétés, selon leur espèce, leur degré et les modifications de leur tissu.

Un kyste peut s'établir par la simple expansion du tissu cellulaire originaire; il est condensé par la pression au-dedans, et adhère au-dehors aux tissus voisins qui le nourrissent; il peut n'être qu'une enveloppe renfermant une substance étrangère inorganique, ou un produit animal solide à demi organisé auquel le kyste n'adhère aucunement, et en incisant, on retire une masse compacte dont le kyste a conservé l'empreinte. Telles sont les tumeurs de la face et du crâne; quand c'est un kyste sécréteur, son contenu est ordinairement moitié fluide, moitié solide; si c'est un fluide, il est homogène, à moins d'avoir été soumis à des inflammations fréquentes; si c'est un corps solide, il est formé de stries, de filaments, de pédoncules; il se forme quelque adhérence organisée qui a des rapports avec la substance contenue.

Le véritable kyste sécréteur peut être lui-même le résultat d'une inflammation, comme dans le kyste d'un abcès, et son contenu peut être le produit d'une inflammation, comme l'est le pus; mais je crois aussi qu'il peut se former sans qu'il y ait nulle inflammation, parce que, dans nombre de cas, on n'en rencontre aucun signe pendant sa formation, ni dans son intérieur.

Chez la femme Lovett, la tumeur m'a paru appartenir à ce genre, et être un dépôt interstitiel d'une surcroissance d'organisation inférieure, dont les masses lobulaires étaient rendues compactes par la compression des muscles environnants, cette cause déterminant aussi sa forme et son volume. D'après l'apparence et l'histoire de la maladie, je m'attendais assurément à trouver une tumeur simple solide ou fluide, par suite d'effusion et d'accumulation. De quelque manière que l'on envisage le cas, le traitement devait être le même. La tumeur était profonde, mobile en partie, uniforme, renfermée dans un sac, et d'un volume qui gênait l'action des muscles sans causer de douleur. Autrefois j'enlevai une tumeur située au centre du muscle droit de la cuisse. Elle était complétement enfermée dans sa gaîne, et recouverte par les fibres; elles sont plus ordinairement situées comme celle-ci, dans l'espace intermusculaire. D'après la ténuité et la force des adhérences externes du sac qui renfermait la tumeur dans le cas de Lovett, et d'après l'isolement complet de la tumeur; je suis porté à croire que la gaîne était formée par le fascia condensé, et par ses prolongements septiformes. La fibre déliée intersectait la masse qui composant la tumeur, avait

formé originairement les compartiments de la membrane cellulaire qui en était la base. J'extirpai, il y a quelques années, une tumeur profondément située, que plusieurs, ainsi que moi, croyaient être maligne. En coupant le noyau, il offrait l'apparence d'un coagulum de sang sec et friable; j'ai trouvé la même apparence dans la plus grande partie d'un testicule malade, qu'on avait extrait par incision. Nous sommes peu au fait des changements qu'éprouvent les effusions et extravasations inabsorbées, ou toute substance qui se trouve accumulée et détenue longtemps dans le même point.

Semblables à tous les corps inorganiques, s'ils ne se forment pas en glandes, en conduits et en cellules, ils se trouvent bientôt entourés et enkystés dès leur commencement. Je suis persuadé que telle est l'origine simple de beaucoup de tumeurs, dont les progrès se compliquent ensuite par des changements inflammatoires, et qui deviennent redoutables par leur volume, leur position ou le greffement d'une action maligne.

Je me suis borné, dans ces remarques, à l'explication de la nature et de l'origine de ce genre et autres de tumeurs enkystées; je ne pensais pas agiter la question de leur malignité qui, je l'avoue, ne s'était pas offerte à mon esprit; aussi je fus surpris de voir que ce point était discuté. J'admets que le cas de la femme Creed semble autoriser davantage ce doute; et quoique j'aie été constamment porté à croire que ce n'était pas un cancer d'une modification quelconque, je n'avais nulle certitude et n'aurais pas été surpris de me voir dans l'erreur.

La maladie de Creed est tout-à-fait nouvelle pour moi; dès le commencement, la peau était accolée au tissu situé au-dessous; car on ne pouvait soulever ni le tubercule ni la peau; les tubercules n'appartiennent ni aux cors ni aux verrues, étant d'abord lisses et semi-transparents comme de la corne à leur sommet; car sa forme est conique, et quelques-uns étaient si pointus qu'au premier aspect, on les eût pris pour des vésicules; puis ils s'élargissaient, s'aplatissaient, et se formaient en groupes, dont la plupart s'ulcéraient au centre; l'ulcération gangréneuse était le second mode d'action inflammatoire; il y avait toujours un escharre au siége de l'ulcération; il y avait absorption si complète de la membrane cellulaire, par la forte adhérence de la peau tuberculée, qu'il n'y avait pas place pour les granulations. La guérison n'était qu'une absorption des parties mortes, puis une espèce de froncement des autres parties voisines, semblable à

l'émiettement des caries d'os ; la dureté du tégument était égale à celle du cartilage le plus fort ; d'abord un sein, puis l'autre se trouve absorbé, puis tout le dos et le devant de la poitrine, tandis que les téguments de l'abdomen et des lombes abondamment recouverts de tubercules en groupes ou isolés, tendent les muscles abdominaux.

La maladie ayant d'abord commencé par ce que l'on croyait être une tumeur squirrheuse du sein, conjointement avec tous les autres symptômes qui s'en sont suivis, nous rappelle si fortement une variété du cancer squirrheux, qu'il défie la crédulité; mais cependant il n'y avait pas une ressemblance exacte avec cette variété dont je veux parler, dans laquelle on trouve aussi une liaison immobile des mamelles aux côtes, et ayant des tubercules épars çà et là; chacun reconnaît de suite ce genre. Dans le cas actuel, la différence existait principalement dans le siége; et le caractère bien marqué et uniforme du tubercule primaire, l'oblitération du tissu cellulaire, qui était telle qu'on aurait dit que la poitrine n'était réellement recouverte que de peau; le mélange des différents degrés d'action, la destruction par ulcérations partielles, et le rétablissement de la partie, par un froncement des tubercules agglomérés en brides livides, et laissant des espaces d'une couleur plus pâle. Il ne ressemble pas non plus, en aucune sorte, au sarcôme tuberculé, ni au médullaire isolé, ou tubercule fongoïde des téguments, ni au condylomata que l'on voit parfois en groupes d'une étendue considérable. Dans le genre de guérison, il ressemblait davantage au lupus; mais c'était là son seul point d'analogie. La santé a été meilleure qu'on n'aurait pu s'y attendre; l'œdème du bras gauche, par suite de la destruction des vaisseaux absorbants superficiels, a déterminé des accès douloureux d'éréthysme, mais qu'on a soulagé par la suspension du membre; on a fait des applications locales de l'espèce la plus simple, tels que des cataplasmes de pain et d'eau, avec la solution aqueuse d'opium, ou l'eau blanche. La malade a quelquefois souffert beaucoup et pendant plusieurs jours, par la douleur rougeante accompagnant la chaleur et la rougeur vive des parties; les signes qui ont fait connaître que la maladie ne faisait plus de progrès, et qu'il y avait du mieux, ont été l'affaisement général des parties tuberculaires en une surface plus uniforme. Dans quelques parties, elle devenait luisante; dans d'autres, écailleuse; puis la cessation de la douleur, la teinte moins rouge, et la chaleur moins vive de toutes les par-

ties ont suffisamment indiqué un mieux sensible. La malade a souvent éprouvé des nausées, de l'inappétence, de l'insomnie, et plus ou moins d'irritation fébrile; mais sans toux, douleur, ni amaigrissement considérable; il n'y avait aucun symptôme de fièvre étique, ni de maladie des viscères. On ne persévéra que dans l'usage de l'iode, et c'est par son usage, pendant plusieurs mois, que le changement en mieux s'est opéré; les règles se sont rétablies. Le changement qu'a déterminé ce médicament extraordinaire, a fait cesser mes craintes que la maladie ne soit maligne; cependant elle peut le devenir; car dans le cas de subversion de structure, dans une aussi grande étendue, il y a toujours à craindre ce danger.

Il est bon d'observer qu'on cessait les pilules d'iode, de temps à autres, en y substituant quelque autre médicament; et qu'on en reprenait l'usage au bout de quelques jours.

HOPITAL DE GUY.

MALADIES DE LA MATRICE.

Observations tendant à prouver la convenance de provoquer l'Accouchement dans le cas de grossesse compliquée par une tumeur de l'utérus.

Par le docteur ASHWELL.

Les observations qui ont donné lieu à ce mémoire, sont des plus intéressantes et de la plus haute importance, quatre d'entre elles sont des cas de tumeurs accompagnant la grossesse. Il suffit d'en examiner le résultat; trois, ayant eu une terminaison fatale, et d'y ajouter les faits publiés par Merriman, sur les tumeurs pelviennes considérées comme un obstacle à l'accouchement, pour être convaincu de l'importance du sujet. Dans un premier mémoire sur les tumeurs dures de l'utérus, j'admets l'opinion suivante : « Qu'on emploiera l'Iode avec le plus grand avantage, dans certains cas de ces excroissances morbides, toutes les fois qu'il n'y aurait pas état de grossesse utérine. Quiconque n'a pas observé le cours et le résultat de ces tumeurs, trouvera étrange qu'il y ait conception; mais il faut se souvenir qu'elles n'influent guère sur la santé générale, et que la menstruation a lieu presqu'aussi régulièrement que lorsque la structure de l'utérus est dans un état sain. De plus, il est remarquable que

la grossesse a lieu assez fréquemment quand ces tumeurs ou autres, pelviennes ou abdominales, existent depuis nombre d'années et à une époque de la vie, où l'on pourrait supposer que l'aptitude à concevoir, doit avoir cessé. Il est inutile d'ajouter qu'un femme qui a conçu, lors d'un pareil état de l'organe, est dans le plus grand danger. Les tumeurs s'amollissent durant les derniers mois; la circulation devenue plus active, amène l'inflammation; il s'y établit une suppuration imparfaite et putride, et la mort suit de près l'accouchement. »

Voilà en peu de mots l'histoire pathologique de ces cas : et d'après un mur examen, je suis presqu'assuré qu'on admettra avec moi, la certitude du traitement que je propose; *Provoquez l'accouchement prématuré avant l'époque où les tumeurs seront soumises à la compression de l'utérus développé.*

A l'appui de cette opinion, je dois prouver deux ou trois points, entre autres le suivant :

1° Qu'après un travail compliqué de cette manière, il est difficile d'attribuer la mort à l'état maladif de l'utérus, puisque cet organe offre rarement les traces d'une lésion sérieuse, mais qu'elle est plutôt déterminée par l'inflammation, le ramollissement et la nature du pus de la tumeur même; dans quelques circonstances, ces changements pathologiques conduisent à une prostration rapide; tandis que d'autres fois, l'énergie du système ayant moins souffert, la mort survient au bout de quelques jours, par suite de l'affaissement constitutionnel déterminé par la longueur et la difficulté du travail et par la contusion de la tumeur et autres parties molles.

2° Qu'il est rare qu'un travail provoqué prématurément produise des accidents sérieux, qu'il s'opère avec facilité et est souvent non-seulement la meilleure mais la seule chance de succès qui nous soit offerte.

1° On conviendra que lorsque la grossesse est compliquée par des tumeurs de l'utérus, de l'ovaire ou de tout autre genre, croissant dans la cavité abdominale ou dans le bassin, les obstacles qui surviennent à l'accouchement sont des plus graves. Quand il est entravé par le resserrement d'un des détroits du bassin, on peut acquérir une certitude sur le degré d'étendue de l'obstacle, on est à même d'apprécier si l'on doit préférer le forceps au perforateur. Dans l'un ou l'autre cas si l'on agit à temps, le succès est probable. Il n'en est pas de même dans le cas de tumeurs, il est difficile de se rendre un compte exact des diffi-

cultés, et lors même que l'accouchement s'est terminé heureusement et sans lésion de l'utérus, la tumeur peut ne pas avoir participé à cet avantage. Si d'un côté l'on a évité à la femme une légère excitation, on n'a pas contribué à diminuer l'arrivée du sang, et la tumeur a été soumise à l'excitation sympathique de la gestation, à la compression de l'utérus développé, et a été alimentée pendant plusieurs mois par l'accroissement du fluide vital. Il est permis dans de telles circonstances de s'attendre à un résultat défavorable.

On n'est pas assez convaincu de l'influence que ces tumeurs exercent sur ce résultat; sans doute on admet qu'elles apportent un obstacle à l'accouchement, mais on oublie que les femmes se rétablissent bien, quoique lentement, d'un accouchement difficile ou laborieux, quand il n'y a pas de tumeur d'un gros volume. Je crois que l'examen de cette circonstance aurait conduit au choix du moyen pratique que je propose.

Toutes les fois que j'ai eu l'occasion de faire l'examen des parties après la mort à la suite de pareilles tumeurs, j'ai trouvé l'utérus sain ou peu lésé, et dans la plupart des rapports sur ce sujet, on annonce que l'utérus était dans un état normal. Le docteur Merriman l'atteste dans ses mémoires et dans le rapport d'une autopsie fort intéressante par M. Hewlett, il est dit « En avant et sur la tumeur on voyait l'utérus dans un état sain. » Je crois que ces faits conduiront à la conclusion émise » que la mort n'est occasionnée que par l'inflammation, le ramollissement et la nature de la suppuration de la tumeur même. »

2e Je démontrerai qu'en provoquant l'accouchement prématuré, il est rare qu'on amène des accidents serieux; que l'accouchement est facile et offre la meilleure chance et souvent le seul moyen de sauver la mère. En voici deux exemples :

Je fus mandé auprès d'une femme enceinte du septième mois. Elle avait une hémorrhagie. Tous les accouchements avaient offert du danger à cause d'une tumeur située entre le rectum et le vagin. Elle était lisse, dure sans fluctuation et du volume d'une grosse orange. J'atteignis l'orifice, et en cherchant à reconnaitre la présentation, il est probable que j'introduisis le doigt plus avant dans le col que je n'aurais dû le faire. J'attendis quelques heures et comme les douleurs et l'hémorrhagie avaient cessé, je la quittai assez incertain sur le moyen à adopter. Autrefois on repoussait la tumeur au-dessus du bassin, mais elle avait acquis plus de volume et moins de mobilité, cepen-

dant je résolus de le tenter si les douleurs reparaissaient. Quand j'y retournai, je fus fort étonné d'apprendre que les douleurs ayant reparu vingt-quatre heures après, il s'en était suivi la rupture des membranes et l'expulsion facile d'un fœtus du terme de six mois et demi à sept mois. J'avais donc sans intention décollé les membranes suffisamment pour provoquer l'accouchement et c'était le meilleur moyen à adopter; la femme se rétablit parfaitement.

En 1834, je me trouvai en consultation avec M. Calloway et M. Gowar, auprès d'une dame dont le dernier accouchement avait été rendu difficultueux par la présence d'une tumeur remplissant une grande partie du vagin. On était parvenu après maints efforts à la repousser au-dessus du détroit supérieur. On présumait que la tumeur s'était encore accrue depuis cette grossesse, et comme la femme approchait du sixième mois, on crut devoir délibérer sur le moyen à adopter, j'eus beaucoup de peine à atteindre l'orifice et le trouvant plus court, je ne doutais pas que la personne ne fut au terme qu'elle annonçait. Nous décidâmes que l'on provoquerait l'accouchement vers le septième mois. Au bout de quelques jours, M. Callaway m'apprit que nous avions sans doute décollé les membranes suffisamment pour amener le travail prématuré, la femme était accouchée d'un enfant du terme de six mois, elle était dans un état satisfaisant.

J'ai provoqué l'accouchement prématuré dans un grand nombre de cas, et j'ai rarement rencontré d'accidents qui puissent me donner la moindre inquiétude. Je ne suis donc pas de l'avis de feu le docteur Gooch quand il dit que « les étrangers redoutent cette opération, et qu'il est certain qu'on détermine beaucoup de dérangement dans le système nerveux; qu'il survient des frissons, de la fièvre et du délire. » Il est bon de dire cependant que le docteur Gooch, dont on ne cite le nom qu'avec une admiration respectueuse, ne considérait ces symptômes que comme une irritation nerveuse qui ne durait pas assez longtemps pour produire aucun accident grave, elle cessait souvent à l'approche des douleurs, ou au plus tard après l'accouchement. Dans les nombreux exemples cités il y a à peine de cas où l'on mentionne du danger pour la mère. Si nous considérons un instant les accidents terribles que cette opération détournerait dans le cas d'étroitesse et de vice de conformation du bassin, nous devons convenir qu'il vaut mieux avoir à combattre quel-

ques accidents nerveux, que d'encourir des difficultés aussi dangereuses.

Le docteur Francis Bamsbotham a souvent déterminé l'accouchement prématuré au moyen du seigle ergoté et sans inconvénient pour la mère, voici ce qu'il dit : « Toutes celles chez lesquelles le travail avait été déclaré par ce moyen se rétablirent tout aussi bien qu'après un travail à terme, et il n'y avait chez aucune la moindre apparence de contraction utérine avant l'emploi du seigle. Je pourrais citer beaucoup d'autres exemples qui démontreraient l'efficacité de cette poudre et le peu de danger qu'elle offre pour la mère. Le docteur Hamilton d'Edimbourg, annonce que sur vingt-huit cas d'accouchement provoqué avant terme, il a conservé vingt-quatre enfants et chez une femme il l'a provoqué dans dix grossesses.

Sans doute qu'il peut arriver qu'on n'ait pas connaissance de l'existence d'une tumeur abdominale ou recto-vaginale, avant l'époque du terme complet, dans ce cas il est parfaitement inutile de provoquer l'accouchement; on doit également considérer le volume et le degré de mobilité de la tumeur, et si sa situation paraît devoir entraver la sortie du fœtus, toutes ces circonstances décideront de la marche à suivre. Il reste aussi à décider de l'époque à laquelle on établira le travail, ceci dépendra du volume de la tumeur, de ses points d'attache et de son influence sur l'état de la constitution, je ne tarderais pas s'il y avait une douleur constante, si la respiration était difficile, le pouls vif et irritable, s'il y avait infiltration, gène dans les fonctions des uretères et de la peau.

Dans ces circonstances, il est temps de ramener l'utérus à vacuité d'autant plus que je ne pense pas qu'elles se manifestent avant le sixième et même le septième mois de la gestation, et s'il y a sujet de faire la version, elle n'offre alors que les difficultés ordinaires, enfin je dirai en terminant que je crois avoir suffisamment prouvé les points que j'ai avancés au commencement de ce mémoire, en tout cas j'ai fait mon possible pour venir au-devant du docteur Merriman quand il dit, « Il paraît certain que les tumeurs entravant l'accouchement ne sont pas rares; il existe bien des doutes sur leur nature et le moyen de les traiter ; il est donc important d'y appeler l'attention des membres de la profession, afin qu'ils puissent à l'avenir se trouver guidés par des principes établis pour la conduite de pareils cas. »

Voici quelques observations contenues dans une lettre que j'ai reçue du docteur Hodgkin : j'insère son opinion comme venant à l'appui de celles que j'ai avancées.

Sur les Tumeurs accidentelles de l'utérus,

Par HODGKIN, M. D.

« Avant de t'offrir comme appendice à ton Mémoire, mes remarques sur ces tumeurs accidentelles qui se rencontrent dans les parois utérines, et que l'on désigne communément sous le nom de tubercules fibreux de l'utérus, je désire faire observer que cette dénomination qui est fausse et inexacte, est d'autant plus à regretter qu'elle favorise l'opinion que ces tumeurs sont d'une nature *sui generis*, et diffèrent totalement de celles des tumeurs réellement malignes. Je suis persuadé qu'un examen attentif fournirait la preuve que ces tumeurs sont véritablement de la même structure que les kystes accidentels compliqués auxquels on attribue les formations hétérologues malignes, l'apparence fibreuse qu'offrent ces tumeurs, lorsqu'on les divise est occasionnée par les bords tranchés des kystes dont elles sont composées.

Si après avoir examiné la surface incisée et l'avoir comparée à la surface correspondante d'autres tumeurs qu'on admet appartenir à la structure des tumeurs malignes, il restait encore quelques doutes, ils cesseront en examinant la surface externe, quand on l'a détachée avec soin de l'utérus dans lequel elle était enveloppée. Nous apercevrons alors, non seulement la forme *noduleuse*, mais, même des portions de kystes; quoiqu'il soit difficile de les disséquer complétement, à cause de l'intimité des adhérences mutuelles des parties subordonnées, et de la densité de la structure qu'elles constituent.

On démontrera encore mieux le caractère anatomique de ces tumeurs, si l'on s'en rapporte à une série de pièces offrant les gradations entre les tubercules squirrheux les plus compacts de l'utérus, et les cas dans lesquels on reconnaît la structure de la tumeur, soit par la particularité originelle du tissu ou par des changements survenus quand la tumeur était formée.

J'ai cité, dans mon Mémoire sur les caractères anatomiques de quelques structures accidentelles, quelques unes des circonstances qui favorisent la formation des tumeurs denses compactes et dures dans la substance utérine, j'ai dit que ces circonstances

étaient la compression uniforme mais ferme que la structure utérine exerce sur la nouvelle formation, empêchant par là un développement rapide et l'établissement de cellules contenant du fluide. Cependant il y a une croissance graduelle et progressive, et elle est suffisamment alimentée tandis que l'état de calme des fibres utérines avant l'accouchement permet le développement sans modification ni interruption.

Quoique je sois d'opinion que ces circonstances concourent fortement à donner un caractère particulier aux tumeurs squirrheuses de l'utérus, je dois dire que j'ai rencontré une fois des tubercules du même caractère et ayant la grosseur d'une noisette, dans le voisinage d'un utérus contenant des tubercules squirrheux de l'espèce que l'on trouve ordinairement dans ce viscère. Quand à ces tumeurs situées à l'extérieur de l'utérus et ne paraissant recouvertes que par le péritoine et la membrane cellulaire, nous avons des preuves suffisantes que les circonstances qui les favorisent, n'y sont pas essentielles, au moins tant qu'elles conservent un petit volume. Quoique nous rencontrions parfois dans l'utérus des productions accidentelles, différentes par leur caractère des tubercules ordinaires squirrheux de cet organe, tels par exemple que ceux qu'on a désigné sous le nom de cancer gommeux, gélatineux ou arcolaire, néanmoins la prédominance des uns, et les particularités qu'on observe souvent, sinon toujours, dans les cas rares de ces autres tumeurs déjà citées, prouvent suffisamment le rapport intime qui existe entre le caractère des tumeurs accidentelles et le tissu même dans lequel elles se développent. L'importance pathologique de ton mémoire est basée sur ce principe; et les faits que tu as recueillis le démontrent de la manière la plus satisfaisante.

Lorsque les tubercules squirrheux de l'utérus ont acquis un volume énorme, tout en conservant leur dureté caractéristique et tendent à montrer cette ossification qui a quelquefois un degré si remarquable dans ces tumeurs, la substance même de l'utérus, quoique plus épaisse et développée au même point que dans une gestation du sixième ou septième mois, conserve beaucoup de densité de tissu. Mais lorsque ces tumeurs sont d'un tissu mou, d'un gros volume et paraissent avoir eu une croissance rapide, ou avoir subi ces changements qui ne lui permettent pas de rester passive, mais déterminent sa rupture à une plus ou moins grande étendue, alors la substance utérine est épaisse, charnue, plus imprégnée de sang, et comparativement, molle. Si ces conditions

existent quelquefois dans un utérus en vacuité, au point de modifier la structure et les progrès de la tumeur qui s'y développe, à plus forte raison l'utérus en plénitude recevant plus de sang et ayant des parois plus molles, doit y amener des changements encore plus grands. Si nous trouvons quelquefois dans l'utérus en vacuité des conditions qui décident des changements dans la nutrition et le développement des tubercules squirrheux, au point de leur faire prendre un caractère fongueux et de leur faire perdre leur condition inactive, dès que l'utérus est développé, nous les trouvons dans des circonstances qui tendent à déterminer leur rupture. Je crois que ton mémoire est le premier qui donne l'exposé de ces faits et des conclusions pratiques que tu en déduis; les changements qui surviennent à ces tumeurs, lorsqu'elles perdent leur état passif, méritent attention, puisqu'ils démontrent la marche que suivent les tumeurs malignes. On a attribué la rupture de ces tumeurs à l'ulcération; mais leur marche diffère grandement d'une simple ulcération : il y a mort absolue d'une partie de la tumeur qui perd sa couleur, devient opaque et pâle et souvent d'une teinte jaune ou verte, puis elle s'amollit probablement par suite d'un nouvel arrangement dans ses propres parties constituantes. Cet effet s'accroit considérablement en ce que la partie molle de la tumeur devient une source d'irritation et par conséquent occasione un accroissement dans la quantité de sang qui arrive dans les parties de la tumeur qui conservent de la vie, et dans la structure naturelle voisine. Il s'ensuit quelquefois inflammation et ulcération; mais le résultat le plus ordinaire et le plus remarquable semble être la mort d'autres portions de la structure accidentelle qui s'amollit de plus en plus par l'arrivée de nouveaux fluides.

Il est clair que plus la grossesse avance, plus il est probable qu'il y aura lésion de la tumeur par la compression et les mouvements de l'utérus tant avant que pendant l'accouchement, et la structure de la tumeur n'en devient que plus disposée à amener les changements qui s'ensuivent.

BIBLIOGRAPHIE.

Rapport de l'hôpital de Guy, par George Barlow et J. Babington. Londres, Sherwood et Comp.

Tandis qu'à Paris la sténographie tente d'arracher aux professeurs leurs leçons orales, la seule chose qui leur reste après leurs écrits, en Angleterre, où les leçons orales sont désormais protégées contre la sténographie, les professeurs s'efforçent de ne donner à la presse quotidienne que ce qu'ils ne peuvent retenir. Les professeurs de l'hôpital de Guy au lieu d'abandonner leurs observations cliniques aux élèves qui les recueillent et les communiquent aux journaux plus ou moins fidèlement, les font recueillir sous leurs yeux et en font un rapport qui peut être considéré comme le journal de l'école. Nous avons déjà extrait de ces rapports quelques observations, et nous aimons d'autant plus à puiser dans ces recueils qu'ils portent un caractère réel d'authenticité. Le premier numéro de ces rapports, contenait des observations sur la fièvre par Bright, un article d'hydropisie de l'ovaire, par Addison, un article d'anévrisme fémoral par Astley Cooper, plusieurs articles de Key, Bransby Cooper, Morgan, Ashwell, Hodgkin, Babington. On comprend qu'avec de pareils noms les rapports de l'hôpital de Guy méritent d'être recherchés, et que l'on ne peut puiser à une meilleure source les éléments propres à connaître l'état avancé de la médecine et de la chirurgie en Angleterre. Les rapports de l'hôpital de Guy sont sans contredit ce qu'il y a de plus nourri, de plus substantiel parmi les rapports de ce genre soit à Londres, soit en province, et MM. Barlow et Babington ont droit à la reconnaissance des praticiens et des élèves pour ces recueils si substantiels et si choisis, nous ne saurions assez les recommander à l'attention des médecins continentaux.

Traité sur les Maladies des Yeux; par Richard Middlemore, chirurgien de l'infirmerie ophthalmique de Birmingham. Londres, Sherwood et Comp.

Les maladies des yeux réclament-elles une thérapeutique particulière et des traités spéciaux? Si les maladies des yeux sont généralement les mêmes que celles qui se manifestent dans différentes parties du corps, il n'en faut pas moins reconnaître que l'organe de la vue a une telle disposition, une telle contexture anatomique que ses différentes maladies doivent être étudiées séparément. Cette partie de la science si cultivée en Allemagne, jouit en Angleterre d'une grande faveur.

L'ouvrage que nous avons sous les yeux est le traité le plus complet que nous connaissions. C'est le fait d'un oculiste distingué, placé depuis dix ans à la tête d'une infirmerie, dans laquelle il traite jusqu'à deux mille individus chaque année. L'auteur présente dans certains chapitres des vues qui sont

neuves, nous citerons les chapitres sur le cancer, le fongus hématode, la mélanose, le ptérygium, le staphylome, l'ulcération des paupières comme méritant une attention spéciale.

L'article cataracte est traité avec un soin particulier. Au lieu de reconnaître autant d'espèces de cataractes qu'il y avait de différences entr'elles soit dans la couleur, soit dans l'étendue, soit dans la consistance, l'auteur les divise en trois classes.

Premièrement il comprend toutes les opacités primitives qui se rencontrent entre la capsule de la membrane hyaloïde et la surface antérieure de l'humeur vitrée inclusivement.

Secondement il comprend les cataractes secondaires qui consistent dans de faibles portions de cristallin ou de sa capsule laissées après une première opération.

Troisièmement il comprend toutes les dispositions accidentelles et les secrétions inflammatoires opaques qui sont situées entre l'iris et la capsule postérieure.

Pour le traitement, il regarde l'opération du keratonyxis comme préférable quand le malade n'a pas plus de six ans : de dix ans à trente il conseille l'opération postérieure.

L'auteur désapprouve l'opération par absorption lorsque le cristallin est très dur, car l'absorption n'a pas lieu et ces corps durs étrangers dans les chambres de l'œil, deviennent des points d'irritation.

Dans les cataractes lenticulaires dures on emploie trois procédés. L'*extraction*, la *dépression* et la *réclinaison* ou la position horizontale du cristallin dans l'humeur vitrée L'auteur donne avec détail les raisons de préférence pour l'un de ces trois moyens, et les discute avec beaucoup de sagacité et de justesse.

Dans cet ouvrage, nous reconnaissons un homme versé dans la lecture des auteurs anciens; nous aimons à le voir citer Heister qui n'osa donner son traité de chirurgie qu'au bout de quarante ans de pratique; les ouvrages allemands lui sont familiers. Parlant des opinions de Dupuytren rapportées par les leçons orales, il ne faut, dit l'auteur, les citer qu'avec la plus respectueuse attention. Cet ouvrage qui contient les leçons professées pendant plusieurs années à l'infirmerie ophthalmique de Birmingham, doit se trouver dans la bibliothèque de tous les chirurgiens continentaux; il pourra au moins remplacer pour eux la majeure partie des ouvrages écrits sur cette spécialité en Angleterre.

Encyclopédie d'Anatomie et de Physiologie; par Robert Todd. Londres, Sherwood et Comp.

Le succès dont jouit en Angleterre cette publication, nous fait un devoir d'en rendre au moins un compte rapide en attendant que nous en donnions quelques extraits. L'éditeur de cet important ouvrage, le savant M. Todd, a associé à son œuvre des savants continentaux dont on recherche les travaux dans les deux mondes. Le quatrième et le cinquième numéro contiennent des

articles que nous recommandons à la lecture des savants qui tiennent à être au courant de la science. — Les articles : Bile, par Brande, Sang, par Milne Edwards, Maladies du sang ou état anormal, par Babington, Oiseau, par Owen, sont ce qu'il y a de plus nouveau en histoire naturelle et présentent quelques vues nouvelles. Cette publication est digne tout à la fois des savants anglais et continentaux qui en sont les contributeurs. — On peut avoir cet ouvrage par livraisons. La cinquième à paru.

Observations sur les principales Institutions ou Ecoles médicales du continent; par Lee, M. C. R. S. Londres, Churchill.

Les anciens avaient recommandé les voyages, et c'était dans les voyages que les philosophes acquéraient les vastes connaissances qui leur donnaient tant de supériorité sur leurs contemporains. Bien que l'imprimerie puisse faire, jusqu'à un certain point, participer tous les pays aux découvertes d'un seul, il n'en est pas moins vrai que, dans la science médicale, le médecin voyageur acquiert des connaissances qu'il ne peut trouver dans les livres. On a fait ce reproche aux médecins français, de peu voyager; depuis quelques années ce reproche est moins mérité, car il est peu de contrées où des élèves des écoles françaises de Paris ou de Montpellier n'aient pénétré.

L'ouvrage de M. Lee mérite une attention particulière; car M. Lee ne s'est pas contenté de dire ce qui se fait sur le continent, mais en rapportant ce qu'il était à même de remarquer, il rapprochait les opinions et la pratique des médecins continentaux, de celle des médecins anglais; sous ce point de vue son livre peut-être lu, avec un intérêt égal, par les médecins du continent et les médecins anglais. C'est un petit manuel de médecine et de chirurgie comparée, écrit avec assez d'impartialité.

L'auteur ne connaît pas assez l'état de la France, ou il répète une erreur qui a pris racine en Angleterre, lorsqu'il dit que la profession médicale étant accessible pour les classes pauvres, il en résulte qu'elle obtient moins de considération qu'en Angleterre. Si l'auteur avait porté ses observations hors de l'enceinte des hopitaux, il aurait pu voir qu'il n'y avait en France ni caste ni classe; et que cet esprit d'égalité, qui est maintenant le trait le plus saillant des Français, peut faire croire à un étranger que la profession médicale est moins considérée qu'en Angleterre, où elle occupe un rang aristocratique. La profession médicale est composée de bourgeois, et alimentée, comme en Angleterre, par la classe moyenne. Il y a sans doute quelques individus qui, ayant reçu une éducation collégiale, forts de leurs bonnes études, et ayant la conscience de la place qu'ils doivent occuper, arrivent, à force de travail, au but qu'ils se sont proposés d'atteindre. Mais le plus souvent ces individus, qui sont les artisans de leur propre fortune, font la gloire de la science dont ils étendent le domaine. A entendre certains Anglais on dirait que la profession médicale est composée, en Angleterre, de fils de *lord*. Il n'en est pas

certes ainsi, et s'il nous plaisait de remonter à l'origine de plus d'une célébrité médicale, il nous serait aisé de la montrer aussi modeste que celle des médecins continentaux. Mais est-ce bien dans notre siècle que les individus doivent être prisés pour un mérite étranger ? Nous devons cependant rendre justice à M. Lee, il règne dans son ouvrage un esprit de franchise et d'impartialité bien au-dessus de celui que nous sommes accoutumés à rencontrer ordinairement. Que dirait-on en France du tableau qu'inséra, dernièrement dans son journal, un homme que nous estimons. Il représente les étudiants français comme des lazzaroni. *Fort the most part miserably poor and wretchedly dirty, they present a strong contrast to the crowds of well dressed young men who frequent the british hospital.*

Depuis quand mesure-t-on la valeur des savants au prix d'un habit ? Quel homme sensé eut jamais pensé que Dupuytren, se rendant en sabots à l'Hôtel-Dieu, tous les jours de six heures du matin jusqu'à midi, était moins estimable et moins estimé qu'un médiocre chirurgien ou médecin anglais se rendant en calèche deux ou trois fois par semaine une heure, dans un hôpital auquel il a été nommé par faveur? et par des hommes étrangers à la science?

L'ouvrage de M. Lee, est écrit avec plus d'indépendance et de justice qu'on n'en trouve ordinairement. Ses observations *comparées* sont presque toujours justes et font autant d'honneur à son savoir qu'à son jugement.

Lectures on the nervous system, ou Leçons sur le Système nerveux et ses Maladies; par M. Marshall Hall, M. D. Londres, Sherwood et Comp.

Dans l'étude des maladies nerveuses, les auteurs se sont beaucoup occupé de ce qui avait rapport aux différentes espèces de folie, et ils ont peut-être négligé des maladies non moins communes et importantes, celles qui se rattachaient soit à la moelle épinière, soit aux extrémités nerveuses. Dans l'étude des maladies du système nerveux, il ne faut pas seulement s'occuper du centre d'où partent tous les rayons qui portent la sensibilité et le mouvement; mais il faut s'occuper encore des extrémités qui reçoivent les premières impressions et les rapportent au centre. Mais dans un siècle aussi positif, il n'est plus permis de traiter des maladies nerveuses, sans avoir étudié à fond les organes qui en sont atteints. Il n'est plus permis de se dire praticien, sans être anatomiste, physiologiste et pathologiste, et si l'on n'a pas encore fait de grandes découvertes sur le traitement des maladies dont il s'agit, il est vrai de dire que l'on est en bon chemin, et que cette partie de la science ne tardera pas à être au niveau des progrès faits dans d'autres branches.

Le docteur Marshall n'a pas considéré son sujet sous le point de vue de la folie, mais il l'a embrassé dans son ensemble. Il a commencé par étudier l'anatomie du système nerveux comme base de l'édifice qu'il voulait construire. Il l'a divisé et traité séparément sous les titres de nerfs cérébraux ou organes de

la volonté et de la sensation; de nerfs excito-moteurs ou vrais spinaux; de nerfs ganglionnaires ou nutritifs et secréteurs. Il a étudié la pathologie du système nerveux et la thérapeutique, dans une seule leçon en général, puis dans plusieurs leçons en détail. Le docteur Marshall Hall profite avec bonheur des ouvrages des médecins continentaux, dont la littérature et les productions lui sont familières.

Dans sa quatrième leçon, le docteur Hall parle de l'encéphalite, de l'hydrocéphalie tuberculeuse, et d'une maladie peu connue, qu'il nomme hydrocéphaloïde. Cette maladie est produite par des désordres intestinaux, ou par exhaustion.

Le docteur Hall a distingué le premier cette maladie de l'hydrocéphale, Abercrombie et Gooch en ont parlé, mais après ces auteurs, il faut lire dans l'ouvrage, les observations de M. Hall à ce sujet, c'est une distinction qui nous paraît utile dans le diagnostic et la thérapeutique des maladies de l'enfance. Nous pensons avec l'auteur que l'hydrocéphaloïde diffère de l'hydrocéphale par ses symptômes, et plus encore par son traitement.

Nous trouvons dans l'ouvrage du docteur Hall, une grande disposition aux néologies, et si nous désirons sans doute que l'on réforme le langage qui donne de fausses idées, nous désirons aussi que les auteurs soient en garde contre la nouveauté des nomenclatures qui jettent tant de confusion dans la science.

Les leçons du docteur Hall, sont dignes de la haute réputation de leur auteur. Le diagnostic trop généralement négligé en Angleterre, y est traité d'une main exercée et habile, et la thérapeutique quoique un peu générale, peut néanmoins bien servir de guide aux élèves auxquels ces leçons étaient adressées.

MÉMOIRES ORIGINAUX.

DE LA CHLOROSE.

Par le docteur BUREAUD RIOFREY.

Qu'un fluide qui est destiné à recevoir et à charrier les matériaux qui servent à l'accroissement, à l'entretien et à la reproduction de toutes les parties de la structure animale, qui emporte tout ce qui est inutile, et qui est en contact perpétuel avec l'atmosphère, soit lui-même sujet aux altérations morbides, c'est une pensée si naturelle et si en rapport avec ce que l'on peut établir *à priori*, dit Cabington, qu'indépendamment de tout raisonnement, et antérieurement à toute espèce de preuve, elle a existé dans la croyance de tous les âges et de tous les peuples. Cependant tel a été le discrédit et la proscription dans lequel tomba naguères l'humorisme, que cette pensée si simple et si naturelle a été méconnue.

En vain Bichat a-t-il appelé contre-sens physiologique la passion exclusive du solidisme; on n'en est revenu que lorsqu'elle a été poussée à bout, et lorsque l'expérience, souvent répétée, a ramené à des idées plus raisonnables. Comment a-t-on pu oublier le rôle que le sang est appelé à jouer? c'est une question fort naturelle, mais à laquelle on peut répondre difficilement; si ce n'est qu'à certaines époques, il naît des hommes supérieurs, d'une trempe forte, qui, dans leurs convictions, entraînent tous les esprits faibles et coutumiers, et leur font adopter leurs découvertes, leurs progrès, et leurs erreurs même, jusqu'à ce que le temps les ait détrompés.

Il est difficile, sans cela, de concevoir comment des physiologistes observateurs, ont pu considérer le sang comme étranger aux phénomènes morbides, surtout quand on suit ce fluide jusqu'aux extrémités capillaires, où il se confond avec les tissus, où il devient muscle, os, nerf, enfin organe solide.

Il n'est pas d'époque où l'état du sang ait plus d'influence que pendant le jeune âge : non seulement il faut, pour le développement de l'individu, plus de sang, mais il faut encore que ses molécules soient d'une nature particulière, et qu'elles aient ce principe vivifiant qui colore tous les tissus d'hématosine.

L'absence d'humorisme rationnel des cadres nosologiques a dû faire chercher et placer dans différents organes, le siége réel de plusieurs maladies; mais lorsque le solidisme régnant n'a pu satisfaire les esprits observateurs, il a bien fallu revenir au passé, ou du moins prendre du passé ce que l'expérience avait consacré; aussi n'était-ce pas assez de reconnaître au sang la propriété de faire battre le cœur, il fallait le reconnaître comme le générateur de la chair, des os, des nerfs, enfin de tous les tissus de l'économie animale, à l'état sain et à l'état *morbide*; mais cette génération des organes et des tissus exigeait certaines conditions : si le fluide qui devait contenir tous les principes réparateurs était appauvri par une cause quelconque, il ne pouvait, dans sa circulation, déposer des matériaux qu'il ne contenait pas; les organes de l'économie devaient alors languir, se développer lentement, et même ne pas se développer; car nul accroissement ne peut se faire dans les organes, sans rapport de matières.

Il est peu de maladies dans lesquelles cet état d'appauvrissement du sang soit plus marqué que dans la chlorose; il en est peu aussi dont les symptômes soient plus frappants. Si l'on considère le sang dans les vaisseaux ou hors des vaisseaux, il a toujours un aspect aqueux; on voit qu'il ne charrie que peu de molécules nutritives, peu de cette *chair coulante*, qui adhère aux organes pour leur accroissement ou leur entretien; et l'ensemble de l'économie, présente alors une teinte pâle, étiolée, qui pourrait faire dire, avec vérité, qu'il ne circule que de l'eau dans les veines. En effet, les analyses que l'on possède du sang des chlorotiques prouve qu'il contient plus d'eau, et moins de matière colorante que dans l'état normal. Ces analyses, faites par M. Jenkins, sur le sang d'une jeune fille de quinze ans, et sur celui d'une jeune femme de ving-un, établissent ces faits, qui se seraient renouvelés souvent, si la saignée eût été employée dans ces maladies.

Quelques auteurs ont considéré la chlorose comme une variété de l'anémie; d'autres, comme une dyspepsie; Sydenham la classait parmi les cachexies; Désormeaux, Roche, Hamilton, Blanc, Cullen la regardaient comme dépendante d'un état de l'utérus ou des ovaires. Le docteur Labat, dans un mémoire inséré dans les annales de la médecine physiologique, regarde la préexistence, ou la complication d'une bronchite, ou d'une duodéno-hépatite avec un état pathologique *quelconque* de l'utérus, comme la source la plus fréquente des affections chlorotiques.

Quelques auteurs l'ont attribuée à la constipation ; d'autres à l'appauvrissement des fluides circulatoires.

Mais d'après l'état du sang pendant la vie, la langueur de tous les tissus, la décoloration de la peau et des membranes muqueuses, l'augmentation du sérum, et surtout d'après les changements qui surviennent à la suite des préparations ferrugineuses, introduites dans la circulation, est-il rationnel de la regarder autrement que comme une maladie du sang, consistant dans la diminution de l'un de ses principes : la matière colorante. L'appauvrissement du sang, à quelque cause qu'il appartienne, est la maladie principale des chlorotiques ; et c'est la cause de cette faiblesse générale d'où dépend, comme le dit Capuron, la lenteur ou le retard que la nature met à compléter l'organisme chez la femme. L'absence de règles, les palpitations du cœur, les maux de têtes, les pseudo-phtysies, les fausses pleurésies tiennent à cette absence de stimulus du sang, privé de matière colorante ou stimulante.

C'est avoir bien peu observé les phénomènes d'accroissement des différents organes de l'économie entière, que de croire que la chlorose peut dépendre d'un état d'inertie de l'utérus, tandis que cette inertie n'est autre chose, en effet, qu'un arrêt de croissance.

Quand un travail d'accroissement s'opère, avons-nous dit dans notre ouvrage sur l'éducation physique des jeunes filles, il y a imminence de maladie ; l'observation nous apprend, en effet, que lorsqu'un organe se complète et commence à entrer en fonction, dès cet instant même, les maladies peuvent l'atteindre.

« Chez les jeunes filles, disons-nous encore, à l'époque de la puberté, lorsque le sang normal l'a amené à un développement presque complet, un organe se réveille tout-à-coup, et devient le point central de tout mouvement fluxionnaire. Si les fonctions s'établissent sans peine et sans effort, la jeune fille est brillante de grâce et de santé. La déperdition mensuelle devient le régulateur de tous les actes de la vie ; la poitrine est dégagée ; le cœur bat normalement ; mais lorsque le sang est appauvri et aqueux, il ne peut suffire à la nutrition et au développement de l'individu, et au lieu de croître, il dépérit ; les liquides sont insuffisants pour fournir au travail de nutrition et de croissance ; la puberté ne peut s'établir ; le flux catéménial est irrégulier ou n'apparaît pas.

La chlorose ne dépend pas toujours de l'absence des agents physiques externes et internes, comme chez les pauvres...

Dans le grand monde, l'appauvrissement du sang est causé par le développement d'une sensibilité prématurée; mais alors, à la chlorose se joignent d'autres maladies, l'hystérie, l'hypochondrie, la manie même.

Les organes du mouvement, les os et les muscles, privés de fluides nutritifs qui devraient les fortifier et compléter leur formation, ne peuvent soutenir le poids du corps et les efforts du mouvement : de là viennent ces déviations nombreuses, ces courbures de la colonne vertébrale, qui coïncident si souvent avec la chlorose, cette faiblesse générale, et toutes les anomalies que l'on a de la peine à comprendre et à s'expliquer, quand on n'a pas étudié les lois de l'accroissement et les maladies qui l'accompagnent.

L'utérus est, chez la femme, l'organe qui arrive le dernier à sa maturité ou à son développement complet. Quand, de quatorze à dix-huit ans, l'accroissement languit, cet organe n'entre pas en fonction, et les organes qui l'environnent partagent son inertie.

La chlorose n'est donc point une variété de l'anémie, comme l'ont considérée quelques auteurs, car elle n'est pas la suite d'une privation de sang; ce n'est point non plus une dyspepsie, qui n'est qu'un de ses symptômes. L'inertie de l'utérus n'est pas la cause de la chlorose, mais l'effet; quant à la duodéno-hépatite et à la constipation, ce ne sont que des coïncidents que la chlorose favorise.

L'appauvrissement du sang est certainement la cause la plus commune de la chlorose; mais cet appauvrissement produirait d'autres maladies, et ne donnerait pas lieu à la chlorose, s'il ne se rencontrait à l'époque de la puberté.

Pour nous, la chlorose est un arrêt de croissance, dépendant surtout de l'appauvrissement du sang pendant l'époque de la puberté.

Quelques exemples suffiront pour établir l'opinion que nous émettons, pour lui donner quelque poids. On pourra sans doute faire des objections à cette opinion, et nous dire que l'on a des exemples de chlorose chez les adultes; nous pourrions contester la validité de ces exemples, et les regarder comme une des variétés de l'anémie; mais ces exemples mêmes, s'ils étaient rapportés, appuieraient plutôt notre opinion. Hamilton, Blanc,

Désormeaux, Roche, Copelund, ont remarqué la chlorose chez des mâles, mais toujours à l'époque de la *puberté;* ces mêmes auteurs ont observé que la chlorose était liée chez eux, ou coïncidait avec un arrêt de développement des organes sexuels.

C'est que dans les deux sexes, la puberté ou le développement complet des organes sexuels, est le dernier degré de l'accroissement, et qu'il ne peut avoir lieu lorsque le sang est appauvri. A l'époque de la puberté, la nature fait, en quelque sorte, effort pour compléter son œuvre; mais cet effet est impossible quand le principe de tout accroissement, le sang, est appauvri, aqueux, et contient peu d'éléments nutritifs, alors le jeune sujet doit languir, végéter, s'étioler et dépérir, comme une plante fixée sur un terrain stérile, d'où elle ne peut retirer ni sève, ni vie; sur lequel, au moins, elle ne saurait fleurir, si l'art ne venait à son aide.

1re OBSERVATION. — *Chlorose et Aménorrhée.*

Mademoiselle ***, âgée de 18 ans, se présente à nous le 16 décembre, 1834. Ses lèvres étaient pâles, blanches, son teint était marbré, ses yeux cernés; elle éprouvait au moindre mouvement, des palpitations si fortes qu'elle n'osait pas marcher; monter un escalier était pour elle une peine, un travail qu'elle redoutait; elle se mouvait aussi peu qu'elle le pouvait; son pouls battait cent vingt fois par minute.

Avant de nous consulter, elle avait déjà demandé les conseils d'un autre médecin, qui lui avait conseillé des bains de mer à Margate; elle y avait passé la saison sans amélioration; la jeune fille *n'était pas réglée.*

Cet état général de faiblesse s'était accru, surtout depuis trois ans; plus jeune elle avait eu de la peine à *croître*, avait eu *une maladie cérébrale*, et s'était élancée tout-à-coup; mais on l'avait toujours vue faible et pâle. Elle se plaignait souvent de maux de tête, quelquefois du point de côté; ce qui caractérisait davantage son état, était une faiblesse qui l'empêchait de marcher, et des palpitations si fortes, lorsqu'elle faisait le moindre mouvement, qu'elle était obligée de s'arrêter.

Son appétit était très variable, le plus souvent dépravé; elle se cachait, disait son père, pour boire du vinaigre; elle aimait à être seule, et pleurait souvent sans motif; à ces symptômes généraux, nous opposâmes un traitement ferrugineux, non comme on le fait communément en Angleterre et en France,

mais en donnant à la malade une préparation qui, introduite dans l'estomac, portait le carbonate de fer dans les voies de la circulation beaucoup plus sûrement que lorsqu'on le donne pur.

Sous-carbonate de potasse et sulfate de fer : parties égales, d'après la formule du docteur Blanc de Beaucaire.

Le 24 décembre, la jeune fille se présente; elle annonce qu'elle se sent plus de forces, moins de palpitations, plus d'appétit; la seconde huitaine, même prescription, deux gros par jour; lorsqu'elle se présente, le 2 janvier, ses lèvres sont colorées, ses yeux ternes ont pris de l'éclat; elle se dit plus forte; au lieu de venir en voiture, elle est venue à pied, pour montrer ses forces.

Troisième huitaine, 3 gros. Pendant cet intervalle, la jeune fille paraissait renaître; elle demandait à sortir et se promener; elle était gaie, heureuse, expansive. Elle accepte une invitation de bal pour la semaine suivante; ses lèvres sont devenues roses, ses yeux légèrement colorés; tous les tissus du corps ont perdu cette teinte pâle et flétrie qui les caractérisaient. Elle se présente le 10 janvier : son teint est animé; ses yeux brillent; elle est forte; elle parle avec plaisir. Elle témoigne sa reconnaissance avec une vivacité qui contrastait avec la langueur précédente : le pouls donnait quatre-vingt pulsations; plus de maux de tête; presque pas de palpitations; tout, dans cette jeune fille, semble respirer la joie.

Quatrième semaine, 4 gros par jour. Au bout de ce temps, la jeune fille se dit guérie; elle était, en effet, guérie de sa chlorose; mais je crus devoir la traiter encore pendant quinze jours; et dès ce moment, je modifiai mon traitement; et je diminuai la quantité de fer; et je donnai à prendre tous les jours, un demi-grain d'iode, un grain d'hydriodate de potasse, et portai cette dose jusqu'à cinq grains.

Au bout de quinze jours, la jeune fille était réglée; et depuis deux ans, elle a joui de la santé la plus belle et la plus florissante.

DEUXIÈME OBSERVATION. *Chlorose. Innervation.*

Miss ***, âgée de 16 ans, d'une faible constitution, a été atteinte deux fois de pâles couleurs, de 13 à 15 ans; elle a été guérie, mais elle en est atteinte pour la troisième fois. Pas de

règles, *écoulement blanc*, yeux cernés, conjonctives et lèvres pâles, ongles bleuâtres, faiblesse générale, constipation ; elle est d'une telle excitabilité que le moindre bruit l'émeut, la fait trembler ; elle a dans tous ses mouvements une gaucherie extrême ; elle casse tout ce qu'elle touche, et ne peut porter un verre d'une table à une autre ; elle est généralement hypochondriaque, cherche la solitude et se plaît dans les larmes.

L'état chlorotique était si prononcé que nous n'hésitâmes pas à lui administrer les préparations ferrugineuses, à doses progressives ; mais en insistant surtout pour qu'elle s'assujettît à une série d'exercices gymnastiques, qui devaient donner à l'appareil musculaire un peu de prédominance sur la sensibilité. La gymnastique et les martiaux produisirent le résultat que nous attendions : la jeune fille fut réglée au bout de deux mois ; ses forces revinrent ; son excitabilité diminua ; elle prit des couleurs, et rechercha les plaisirs et la société, qu'elle fuyait auparavant.

TROISIÈME OBSERVATION. *Chlorose et Scrophules.*

Mademoiselle ***, institutrice, âgée de 21 ans, était tellement faible, qu'elle se voyait obligée de quitter la famille dont elle élevait les enfants. Obligée de faire promener ses élèves dans un *square*, elle ne pouvait les suivre, empêchée par les fortes palpitations du cœur qu'elle éprouvait, et par des étourdissements ; dès qu'elle marchait assez vite pour suivre ses élèves, la respiration lui manquait ; elle était obligée de s'arrêter, de s'appuyer sur tout ce qu'elle rencontrait, ou de s'asseoir. Elle était réglée, mais *très imparfaitement* et *plus en blanc* que coloré. J'auscultai cette jeune demoiselle ; j'étais frappé de la résonnance particulière du cœur ; le bruit des ventricules se rapprochait de celui des oreillettes ; il était plus clair, et l'on pouvait inférer aisément que le fluide chassé était aqueux et peu lié ; elle avait au cou des glandes très volumineuses, au point de la forcer à porter sans cesse une espèce de fichu, qu'on nommait alors céphaline et qui se nouait sous le menton.

Elle se plaignait de douleurs aux lombes, d'une grande faiblesse dans les jambes ; souvent ses pieds étaient gonflés. Sa figure portait l'empreinte de la souffrance et de son état particulier : pâleur générale, lèvres décolorées, yeux cernés et ternes. Le moral était très affecté ; la jeune fille se croyait phthisique, et une toux sèche et assez fréquente entretenait cette idée.

Les ferrugineux furent employés comme dans la maladie précédente. Au bout de huit jours, le changement et l'amélioration furent sensibles. Huit jours après, les lèvres se colorèrent; le teint commença à brunir un peu; les forces revenaient; l'institutrice commençait à se promener sans appréhension; les palpitations étaient diminuées. Au bout d'un mois, plus de fièvre, pouls normal, la toux n'existait plus. Les premières règles furent plus abondantes et sans mélange; mais les tumeurs glandulaires au cou persistaient. A mesure que nous diminuions les doses de fer, nous augmentions celles d'iode intérieurement et extérieurement. Cet état glandulaire et scrofuleux fut beaucoup plus tenace que la chlorose; et ce ne fut qu'après trois mois, et avoir porté les doses d'iode à un point assez élevé, qu'elle fut guérie de ces tumeurs.

QUATRIÈME OBSERVATION. *Couleurs vertes.*

Miss ***, modiste, âgée de 20 ans, était atteinte d'une de ces chloroses qui portent le nom de couleurs vertes. Son teint était en effet, plus vert que jaune; ses yeux étaient cernés; ses lèvres blanches; sa langue pâle et découpée sur les bords; ses ongles bleuâtres; ses palpitations lui permettaient à peine de monter l'escalier. Elle était d'un caractère très difficile et d'une bizarrerie extrême; elle ne parlait que pour se plaindre de toutes ses amies, n'était contente de rien, pleurait souvent seule et sans motif, surtout les jours sombres; elle se plaignait de maux de tête et de maux de cœur; elle vomissait quelquefois; quelquefois aussi ses jambes enflaient. Elle n'était pas réglee, mais voyait en blanc; elle fut mise à l'usage des ferrugineux; mais sa position favorisait peu son traitement : vivant dans une maison de commerce dont la nourriture était quelquefois insuffisante, elle dut prendre une quantité double de celle que j'avais l'habitude de donner. Elle fut néanmoins rétablie au bout de deux mois. Un an s'écoula, pendant lequel elle jouit d'une bonne santé. L'année suivante, soit à cause de la mauvaise nourriture, soit à cause de l'excès du travail, ou du manque d'exercice, la chlorose reparut : elle fut traitée par les mêmes moyens, et avec le même succès.

CINQUIÈME OBSERVATION. *Chlorose dyspeptique.*

Mademoiselle ***, 18 ans : menstruation irrégulière et mélangée, se plaignait sans cesse de tiraillemens d'estomac, de dys-

pepsie; elle digérait avec peine; des gaz continuels la fatiguaient, et le bruit qu'ils faisaient la contrariait beaucoup : pâleur générale, yeux battus et sans conjonctive, couleur pâle, langue blanche, molle, quelquefois des nausées, des aigreurs de vomissement, palpitations, constipation, irrégularité de règles, *pertes blanches*, oppressions fréquentes, maux de tête continuels, faiblesse générale, progression fatigante; moral très irrégulier dans ses manifestations : accès de joie ou de tristesse, mais plus généralement, propension à la tristesse, et goût prononcé pour la solitude.

Nous débutâmes avec cette malade par un purgatif, puis le sulfate de fer et le carbonate de potasse, à doses progressives. Nous dûmes renouveler les purgatifs à cause de la constipation constitutionnelle de la jeune malade. En peu de jours, les symptômes se calmèrent; les lèvres et la conjonctive commencèrent à se colorer; les forces revinrent; l'écoulement blanc se colore. Au bout d'un mois, plus de palpitations; la jeune fille allait alors, tous les matins, se promener au parc. Sa guérison fut complète. La menstruation fut plus régulière, et devint sans mélange. Nons voyons souvent cette jeune personne; elle jouit d'une bonne et brillante santé.

SIXIÈME OBSERVATION. *Chlorose avec toux.*

Mademoiselle ***, 19 ans, fut réglée à 14; elle a cru très *rapidement et par jets*; elle est maigre, pâle, sa colonne vertébrale est déviée; sa poitrine est un peu resserrée; elle se plaint constamment d'un point de côté; elle a des palpittions continuelles, ne peut prendre que peu d'exercice, se tient avec peine sur ses jambes; lèvres et conjonctives décolorées, toux continuelle, sèche, irritante, pouls 120. Quelquefois ses règles sont suspendues pendant un mois ou deux; alors la toux augmente. Quelques médecins la regardaient comme phtisique.

Malgré cet ensemble de symptômes, j'ordonnai le fer; et au bout de huit jours, la jeune malade sentit son état très amélioré. Le pouls resta au même point, plus fort. Elle eut, pendant les premiers huit jours, des maux de tête très fréquents; je lui donnai quelques légers purgatifs, et je continuai les ferrugineux. La seconde semaine, les maux de tête furent moindres; la jeune fille se sentit plus forte : une circonstance avantageuse vint favoriser ce traitement; ses parents allèrent passer la saison des bains à Margate; elle prit des bains de mer en même temps

que les ferrugineux. La troisième semaine, la jeune fille était à peine reconnaissable : plus de toux, pouls à 70; je lui fis commencer les ferrugineux, les bains de mer, et lui recommandai les promenades au soleil.

La jeune fille n'avait pas pris la dose ordinaire; et cependant elle était déjà rétablie. Je lui conseillai des exercices gymnastiques propres à élargir la poitrine. Cette jeune fille s'est mariée depuis, et jouit d'une belle santé.

Septième observation.

Miss ***, âgée de 17 ans, *non réglée*, fut envoyée, à l'âge de 14 ans, sur le continent, passa deux années en pension dans un des faubourgs les plus sains de Paris, et y jouit d'une bonne santé. De retour dans sa famille, en Angleterre, sa santé dépérit à vue d'œil; elle maigrit, devint pâle; ses joues étaient battues; elle se plaignait souvent de palpitations de cœur, de lassitude, de douleur au dos et aux jambes, de douleurs de tête et de suffocation, pendant la nuit; depuis son retour en Angleterre, elle était sujette à *un écoulement blanc très abondant.*

On attribua au changement de climat tous ces symptômes. La tristesse de la jeune personne fit penser d'abord qu'elle n'aimait pas l'Angleterre, et que peut-être elle avait laissé à Paris une amie avec qui elle sympathisait beaucoup : on pensait la renvoyer à Paris, lorsqu'on nous consulta.

Il n'était pas improbable que cette chlorose fût due au changement de climat et d'habitude; mais quelle qu'en fût la cause, la maladie n'en résidait pas moins dans le sang; et c'était le fluide qu'il fallait régénérer. La jeune fille, depuis son retour, avait grandi rapidement; mais à mesure qu'elle s'allongeait, elle devenait plus faible.

Après un léger purgatif préparatoire, je donnai les ferrugineux : ils augmentaient d'abord tous les symptômes; mais au bout de deux jours, cette espèce d'accroissement cessa; huit jours après, la malade se sentait mieux. Pouvant, avec cette jeune personne, ordonner avec assurance que mes prescriptions pouvaient être suivies, je lui fis prendre des bains salés, et je conseillai des frictions au sortir du bain. La seconde semaine présenta les changements accoutumés : les lèvres devinrent roses, les conjonctives, les gencives; l'œil commença à s'animer; les jambes devinrent plus fortes; l'appétit s'améliora. La

troisième semaine, je fis boire à la malade une décoction de racine de chicorée, et elle continua à prendre la dose que je donnais, c'est-à-dire 3 gros par jour. La quatrième semaine, la jeune fille cessa de venir en voiture, et fit deux milles anglais à pied. Vers le commencement de la cinquième semaine, je donnai l'iode, et je diminuai le fer : dans le courant de la semaine, un accès fébrile se déclare ; la jeune fille crut un instant qu'elle allait faire une grave maladie ; mais ses règles *parurent*, et toutes ses craintes, et tous ses maux se dissipèrent. Elle se porte parfaitement ; ses lèvres sont roses ; son teint est coloré. Les fleurs blanches ont cessé ; elle aime d'autant plus le mouvement qu'elle l'aimait moins auparavant.

Je pourrais donner au moins trente autres observations de chlorose ; mais qui présentent toutes des caractères si semblables qu'il serait inutile de les répéter.

Ainsi le traitement a été toujours le même, à quelques variations près, parce que la maladie consistait, en effet, dans une altération des propriétés du sang.

HUITIÈME OBSERVATION. *Hystérie et Chlorose.*

Mademoiselle ***, âgée de 21 ans, d'un tempérammment lymphatique, se présente à nous : elle était petite, mais grasse ; elle n'avait pas, disait-elle, de bonne graisse. Elle était d'un blanc verdâtre ; on l'appelait, parmi ses compagnes, la malade imaginaire ; elle se plaignait sans cesse d'une douleur variable, avait souvent des accès d'hystérie, pendant lesquels elle pleurait, ou elle chantait au milieu des convulsions. Ses palpitations lui faisaient dire qu'elle était attaquée d'une maladie du cœur : pertes blanches, presque pas de règles. Elle fut mise également à l'usage des ferrugineux. La première semaine, elle les supporta bien ; la seconde semaine, elle eut plusieurs attaques d'hystérie ; et je joignis à mes prescriptions quelques grains d'oxide de zinc. J'ordonnai l'exercice, les promenades en plein air, les bains froids : cette médication fut heureuse. La troisième semaine, la malade eut le visage moins chlorotique ; ses forces revenaient ; les palpitations diminuaient : elle se disait plus heureuse, et se plaignait moins souvent de ses douleurs errantes ; au bout de cinq semaines, elle fut rétablie.

J'ai vu souvent cette demoiselle depuis son traitement ; ses irrégularités morales ont cessé ; elle est aussi douce qu'elle était

acariâtre et susceptible : je lui fis néanmoins continuer les pillules de méglin pendant plusieurs mois après son traitement.

NEUVIÈME OBSERVATION. *Chloroses et palpitations prises pour une maladie du cœur.*

Miss ***, âgée de 17 ans, s'est accrue tout-à-coup : elle est d'une faiblesse extrême ; ses palpitations continuelles donnent la plus grande inquiétude à ses parents. Dans son accroissement en hauteur, la colonne vertébrale s'est déviée latéralement à droite.

Ses articulations sont grosses et quelquefois douloureuses ; le soir, ses pieds se gonflent : pas de règles, fleurs blanches, mais peu abondantes, toux sèche, pas d'expectoration ; auscultée, la respiration se fait bien ; la poitrine est un peu resserrée : constipation habituelle, oppression la nuit, crainte de mourir de suffocation, lèvres, langue, conjonctive pâles, ongles bleuâtres.

J'administrai, sans hésiter, les préparations martiales à cette jeune malade ; je donnai quelques légers purgatifs. Au bout de huit jours, les palpitations étaient moins fatigantes ; elle respirait plus aisément.

Le fer était administré, d'après nos prescriptions, par l'apothicaire de la maison, il crut devoir substituer une formule qui lui était propre. Sa formule était une teinture de fer éthérée, avec de la canelle, du gingembre, du safran et autres excitants.

A peine la jeune fille eût pris une seule potion, que tous les symptômes redoublèrent : les palpitations, la suffocation et une chaleur fébrile brûlante se manifestèrent. Lorsque je vis la jeune malade, je me plaignis de ce que ma formule n'avait pas été suivie à la rigueur ; on excusa l'apothicaire sur son zèle ; je laissai, quinze jours, cette jeune fille se remettre de la potion éthérée ; au bout de ce temps, je recommençai les préparations ferrugineuses, à doses moindres ; le traitement dura près de deux mois ; et je n'hésite pas à attribuer ce retard à la potion excitante qui donna une si forte secousse à la constitution de cette jeune fille.

Pendant ce temps, j'ordonnai qu'elle se couchât souvent sur un plan incliné, mobile, sur un modèle particulier, voulant

ainsi traiter par des moyens rationnels, cette déviation commençante. Les règles s'établirent; les palpitations et les oppressions cessèrent; son teint se colora; quant à la déviation, elle fut assujettie à un traitement qui dure encore, mais qui n'empêcha pas la jeune fille de se livrer à ses occupations.

DIXIÈME OBSERVATION. *Chlorose et Chorée.*

Miss ***, d'un tempérament faible et délicat, eut, à l'âge de *treize ans*, *une fièvre continue*, *suivie de chlorose*, des palpitations continuelles, de l'inappétence d'hypochondrie : cet état dura pendant trois ans. Lorsqu'elle se présenta à nous, elle avait 17 ans, se plaignait sans cesse de maux de tête, de suffocation ; ses mains étaient quelquefois gonflées, ses ongles bleuâtres, ses lèvres blanches, et les yeux éteints. Ses règles avaient paru à seize ans ; mais une suppression de transpiration les arrêta, et elle n'eut plus qu'un écoulement blanc. La constipation était habituelle. Lorsque la jeune fille fut atteinte de chlorose, à la suite de sa fièvre, elle grandit tout-à-coup ; mais depuis ce jet d'accroissement, elle a langui et s'est arrêtée dans son développement.

Elle fut mise à l'usage des préparations ferrugineuses. La première semaine, ses maux de tête redoublèrent ; elle éprouvait des étourdissements; ses joues se coloraient par plaques.

La seconde semaine, elle supporta très bien les préparations ferrugineuses ; les lèvres, la conjonctive, se colorèrent ; les yeux commencèrent à s'animer ; la constipation persistant, des laxatifs furent administrés tous les deux jours.

La troisième semaine, la jeune demoiselle prit de la gaîté, de la force, de l'appétit ; son teint se colora davantage ; ses palpitations diminuèrent ; la force lui revint.

La quatrième semaine, les préparations ferrugineuses et iodées furent administrées à fortes doses. La jeune malade les supporta bien ; elle entra en convalescence dans la quinzaine suivante ; ses règles parurent ; et elle jouit de la plus brillante santé.

Si je voulais ajouter à mes observations, celles des meilleurs observateurs, il serait aisé de prouver, par une masse de faits, que la chlorose est bien due à un appauvrissement du sang, pendant l'époque de la puberté ; qu'elle est, un réalité, en retard ou arrêt de développement des organes qui complètent l'accrois-

sement; que l'état de ces organes est, non pas cause, mais effet; et que la thérapeutique doit avoir pour but de fournir à l'économie les moyens de compléter l'accroissement, en donnant au sang les principes vivifiants et nutritifs qui lui manquent.

HOPITAL SAINT-GEORGE.

OBSERVATIONS PATHOLOGIQUES ET THÉRAPEUTIQUES SUR LES LÉSIONS DE LA MOELLE EPINIÈRE.

Par B. BRODIE, Bart. F. R. S.

Dans un mémoire lu à la société de médecine de Londres, sir B. Brodie a présenté quelques considérations sur les lésions de la moelle épinière.

Sir B. Brodie fait d'abord remarquer que la masse cérébrale et la moelle épinière, offrant la même structure anatomique, il est à présumer qu'elles doivent se ressembler dans les effets produits sur elles par des lésions. Cette circonstance a conduit plusieurs auteurs à borner leurs observations presque entièrement au cerveau, ne faisant aucune mention particulière des affections de l'épine. Le mémoire actuel a pour but de suppléer, en quelque sorte, à cette omission.

En général, les blessures qui pénètrent à la moelle épinière ne tardent pas à devenir fatales; sir B. Brodie ne prétend rien offrir de nouveau à ce sujet; mais il renvoie à l'ouvrage de M. Ollivier, qui contient des expériences fort intéressantes.

Voici comment il divise les autres genres de blessures :

1° Fracture des vertèbres sans déplacement des surfaces.

2° Fracture avec dépression ou déplacement de l'os, de manière à diminuer le diamètre du canal rachidien, et à occasionner la compression de la moelle rachidienne.

3° Fractures compliquées de dislocation.

4° Dislocations sans complication de fractures.

5° Extravasation du sang sur la surface des membranes de la moelle épinière.

6° Caillot extravasé dans la substance de la meolle.

7° Lacération partielle complète ou modifiée de la moelle rachidienne et de ses membranes.

8° L'organisation de la moëlle peut être lésée par un coup, sans qu'il y ait fracture ni dislocation. Dans ce cas, si l'on examine la moëlle épinière dès les premiers temps, on la trouve ramollie dans son centre. Plus tard, ce changement se manifeste dans tout son diamètre, dans un espace de un à trois pouces, et il est possible qu'il se trouve une dissolution complète dans des cas plus avancés.

Sir B. Brodie parle des remarques contenues dans son mémoire sur les blessures du cerveau, où il démontre que le même raisonnement s'applique à la moelle épinière, cependant, avec la différence que pendant la vie, les symptômes sont plus graves, et que les changements après la mort sont plus apparents. L'auteur attribue cette circonstance à ce que le cerveau remplit son enveloppe osseuse, tandis qu'il n'en est pas de même de la moëlle épinière ; il s'en suit que cette dernière est plus susceptible d'être lésée par une violence extérieure.

On peut rapporter les symptômes qui accompagnent les lésions du rachis aux causes suivantes : 1° par percussion, 2° par lacération, 3° par compression, 4° par inflammation ; 5° d'autres organes qui n'ont pas étés affectés originairement peuvent l'être secondairement.

Paralysie. La paralysie se manifeste dans les parties situées au-dessous de la lésion ; elle est partielle ou complète, selon l'étendue de l'accident. Elle varie aussi, à d'autres égards, surtout dans les cas de percussion. Par exemple, un malade pourra faire agir ses membres dans une posture horizontale, et il ne pourra se tenir debout. Quelquefois la paralysie, qui était d'abord complète, diminue graduellement ; d'autres fois, il arrive tout le contraire. Lorsque l'épine est affectée, il y a souvent paralysie des membres inférieurs ; les supérieurs n'en sont pas atteints ; tandis que dans la carie des vertèbres cervicales, les membres supérieurs se paralysent souvent longtemps avant que les inférieurs ne se ressentent de cette inhabileté d'action. Néanmoins, sir B. Brodie a vu un exemple de contusion des vertèbres dorsales, qui fut suivie de paralysie des extrémités supérieures ; M. Stafford en cite un semblable.

La paralysie qui suit les lésions de l'épine est toujours très grave ; mais l'auteur annonce avoir connu plusieurs cas où les parties reprirent un degré plus ou moins grand d'action ; il renvoie à un grand nombre d'exemples qui le démontrent.

Spasmes. Quelquefois, à la suite des lésions de l'épine, il

survient des affections spasmodiques; sir B. Brodie présume qu'elles dépendent d'une compression; il n'a jamais rencontré d'autres causes.

Sensation. Lorsqu'il y a lésion dans la région de la sixième ou septième vertèbre cervicale, il y a anéantissement complet de la sensibilité des membres inférieurs et du tronc; mais cette extinction n'est que partielle dans les extrémités supérieures; et si la partie affectée est située au-dessus de ces vertèbres, la tête seule conserve sa sensibilité, tandis que tout le reste du corps reste dans une insensibilité complète. Les lésions de la sensibilité ne sont pas moins variées que celles du mouvement; elle se perd complétement ou partiellement; d'autres fois le malade ressent une sensation inhabituelle. Il arrivera aussi que la sensibilité disparaîtra entièrement d'abord, puis reviendra graduellement; dans d'autres cas, il arrivera le contraire.

Respiration. Il y aura mort subite dans le cas de division ou de lacération de la moelle, au-dessus de l'origine des nerfs phréniques, attendu que les muscles de la respiration ne reçoivent plus l'influence nerveuse. On pourra peut-être prolonger la vie pendant un court espace de temps, au moyen d'une respiration artificielle; quand il y a compression de la partie supérieure du rachis, par suite de dislocation, il s'en suit presque toujours une mort prompte; quand la lésion a lieu au-dessous de l'origine du nerf phrénique dans le cervix ou à la partie supérieure du dos, le diaphragme continue son action, il y a paralysie des autres muscles, et dans ce cas, l'expiration ne se fait qu'imparfaitement; plus la lésion a lieu inférieurement sur l'épine, moins la respiration est affectée; mais si elle existe assez haut pour intéresser les nerfs des muscles abdominaux, ceux-ci se paralysent et rendent l'expiration plus imparfaite.

Le *priapisme* est un des symptômes fréquents des lésions de l'épine; mais sir Brodie l'a toujours vue combinée avec la paralysie. Il ne dépend d'aucune sensibilité des parties; il peut provenir de l'irritation causée par l'introduction du cathéter, quoique le malade ne ressente pas l'opération.

Organes urinaires. Il y a paralysie de la vessie, et le malade ne s'aperçoit que peu ou pas du tout de sa distention; c'est un des premiers symptômes de la lésion, et qui persiste toujours lors d'un cas grave.

Aussitôt après l'accident, il est assez ordinaire de remarquer

une diminution dans la sécrétion de l'urine, surtout si la respiration est très endommagée. La première urine est quelquefois acide, d'une odeur désagréable, mais sans mucus; d'autres fois, elle fait un dépôt d'un jaune amorphe; mais elle est plus ordinairement trouble, d'une odeur ammoniacale, et laisse un dépôt considérable de mucus alcalin; dans ce cas, on découvre bientôt le phosphate de chaux; il y a une teinte de sang, puis ensuite un mélange de ce dernier formé en caillot. Ordinairement, ces symptômes se manifestent au bout de quelques jours, et continuent des mois entiers; quelquefois ils cessent, et l'urine redevient acide; de temps à autres, elle passe alternativement de l'état alcalin à l'état acide.

Il y a souvent inflammation de la muqueuse interne de la vessie et des voies urinaires.

Organes digestifs. Il y a inertie des intestins; et dans les cas graves, il y a généralement tympanite, les évacuations sont involontaires; si la lésion a lieu dans le *cervix*, il y a souvent une disposition à vomir. En général, la mort survient. Les matières fécales sont noires; on ne s'est pas encore rendu compte de la raison de ce changement dans leur couleur.

Chaleur. Dans le cas de lésion de la partie supérieure du rachis, il y a un changement remarquable dans la chaleur du corps; on s'en est assuré sur des animaux, et l'auteur l'a remarqué sur un sujet humain. Dans l'hôpital Saint-Georges, chez un malade qui avait une lésion des vertèbres cervicales, la chaleur s'éleva à 111°, quoique les inspirations n'allassent pas au-delà de cinq ou six par minute. Les expériences de sir B. Brodie ont jeté encore quelques éclaircissements sur ce sujet, en ce qu'elles tendent à prouver que le développement de la chaleur n'est pas en proportion de la consommation de l'oxigène.

Gangrène. Il y a diminution de la vitalité des parties situées au-dessous de la lésion; on s'en aperçoit à la facilité avec laquelle elles se gangrènent, après une légère compression; souvent, dès le second jour, il se forme des escharres.

Sensorium. Presque aussitôt après l'accident, surtout dans les lésions de l'épine cervicale, il survient du délire; il est très varié.

Autres symptômes. L'activité de la circulation diminue, et détermine un état de syncope. Lors d'un accident grave, le malade peut mourir sans qu'il y ait de réaction; et dans des blessures moins violentes, l'action du cœur reste endommagée,

quoique sa fréquence excède l'état naturel. La langue est sèche, brune, puis devient noire. Le sang de la saignée se forme en un gros caillot sans couenne. Selon l'auteur, ces phénomènes ont rapport au ramollissement de la moelle rachidienne, et diffèrent essentiellement de l'inflammation.

On rencontre moins souvent l'inflammation des membranes du rachis que de celles du cerveau.

Un des faits remarquables que cite l'auteur dans sa récapitulation des lésions de l'épine, est que les effets sont les mêmes à la suite de lacération, de compression ou de ramollissement; et de plus, dans la plupart des cas, quelle que soit la partie affectée, on rencontre les mêmes symptômes. Au fait, il n'y en a qu'un seul genre, qui offre plus ou moins de différence, suivant le siége du mal. C'est celui qui a rapport à la respiration.

Il n'est pas rare de voir cesser des accidents qu'on avait jugé des plus dangereux.

Traitement. S'il y a quelque déplacement de l'os, devrait-on faire quelque tentative pour le réduire? On trouve rarement des cas qui promettent le succès, quand il s'agit de lésions du *cervix*; mais on réussit plutôt dans les lésions de la partie inférieure de l'épine. Sir B. Brodie cite l'exemple d'un malade chez lequel M. Hardwicke d'Epsom réduisit une vertèbre déplacée (c'était la première lombaire); l'os se remit en place, en indiquant ce mouvement par une espèce de soubresaut. Dans un autre cas de déplacement considérable de la troisième et quatrième lombaire, sir B. Brodie parvint à effectuer en partie leur réduction.

M. Henry Cline propose l'application du trépan, lorsqu'il s'agit de fracture de l'épine avec dépression. Sir B. Brodie fait l'observation qu'il est rare de rencontrer des cas où cette opération convienne; il doute même si elle ne produirait pas un mal plus grand.

Le repos exact est le moyen le plus efficace; on couche le malade sur un matelas, en lui faisant conserver la position horizontale. S'il survient de l'inflammation, on pratique la saignée; mais la plupart du temps, on a tout à craindre du ramollissement, et l'auteur est d'avis qu'on le provoque par la saignée. Les purgatifs sont essentiels; on facilite leur action par l'addition de l'ammoniaque. On usera du cathéter d'autant plus souvent qu'il y aura plus de disposition aux urines alcalines et au mucus adhérent; il est quelquefois nécessaire d'évacuer ce dernier par des injections d'eau tiède.

Nous terminerons cet abrégé par une remarque importante de l'auteur : c'est *qu'on a produit beaucoup de mal, en appliquant aux maladies de l'épine le même traitement et les mêmes principes qu'à celles du cerveau.*

OBSERVATIONS DE CARCINOME MEDULLAIRE.

PREMIÈRE OBSERVATION.

Par M. GREEN.

12 Février 1836. Alexandre Forrest, âgé de 64 ans, cordonnier, est d'une conduite sobre et régulière, et a toujours joui d'une bonne santé, jusqu'à l'époque de la maladie actuelle. Il rapporte qu'il y a quatre ans, il remarqua une petite tumeur dure, mobile, située sous la peau, à la partie externe de l'avant-bras; il n'en éprouvait pas de gêne ni de douleur; mais quelques mois après, son accroissement graduel y amena de l'irritation; elle devint fongueuse, et ressemblait, disait-il, à un champignon d'un volume ordinaire; elle était douloureuse, et était le siége d'hémorragies fréquentes et assez abondantes. Ce fut à cette époque, c'est-à-dire environ deux ans après son commencement, qu'on l'enleva par ligature. Tout au plus deux mois après, il se forma sur la cicatrice, une excroissance fongoïde, entourée de plusieurs autres d'un moindre volume. Ces dernières finirent par se confondre, et six mois après, on aperçut plusieurs petites tumeurs dans diverses autres parties du corps, surtout à la partie interne du bras déjà malade. Toutes ces tumeurs n'ont fait qu'accroître en nombre et en volume jusqu'à ce moment.

Le corps est maintenant complétement recouvert de tumeurs; leur volume varie depuis celui d'un petit pois à la grosseur du poing. Elles sont logées dans la membrane cellulaire sous-cutanée; presque toutes sont parfaitement mobiles sous la peau. Quand elles ont atteint le volume d'un œuf, la peau se décolore et se fixe, et quelques-unes des plus grosses sont immobiles, comme dans le cas où elles sont situées immédiatement sur des parties osseuses, par exemple sur les côtes supérieures. La peau est sans couleur sur les petites tumeurs; mais sur les grosses, elle est d'un pourpre foncé; leur surface est inégale et nodulée,

ferme et non élastique au toucher ; la forme varie ; elle est, en général, plus ou moins arrondie, mais quelques-unes sont longues et étroites ; il y a un pédoncule fongueux de la grosseur d'une noix au siége de la tumeur première ; il s'en est formé une traînée de petites, dans la direction des vaisseaux absorbants ; elle se continue jusqu'à l'aisselle, mais il n'y a pas d'accroissement glandulaire ni d'induration ; il y en a plusieurs aussi sur l'autre bras ; on ne rencontre aucune trace de la maladie sur les extrémités inférieures, excepté trois ou quatre petites tumeurs situées au-dessous du ligament de Poupart sur le côté gauche. Il y a absence complète de douleur ; le malade a le teint jaune ; il est très amaigri ; il peut encore marcher, quoique faible.

14 Février. Tandis qu'il était à dîner, il eut une attaque subite de paralysie ; il y eut hémiplégie du côté droit ; peu après, la tête était brûlante, le pouls fort et plein, à 84. On traita, comme à l'ordinaire, par la saignée, les purgatifs, les lavements, les vésicatoires et de petites doses de calomel.

25 Février. Il y a eu insensibilité complète pendant trois jours ; mais le malade a repris sa connaissance, et peut faire agir son bras et sa main droites ; il est presque rétabli de la paralysie ; le calomel n'a pas agi sur la bouche ; on l'a supprimé, et l'on permet du porter, du bouillon de bœuf, etc.

10 Mars. Le malade ne peut plus quitter le lit ; plusieurs tumeurs sont considérables, surtout celles de la partie supérieure de la poitrine. Il y a eu hémorragie par les tumeurs de la nuque, du bras et des épaules ; appétence, bonne digestion ; les nuits sont bonnes, nulle douleur ; on accorde de la viande tous les jours.

4 Avril. La physionomie est très altérée ; amaigrissement, inappétence et nausées ; le pouls est à 100, petit et faible ; le nombre et le volume des tumeurs est augmenté ; de temps à autre, il y a hémorragie par plusieurs. ℞ ammon. carbon. gr. x ex. mist. camph. ter quotidie, eau de vie ℥ iv par jour.

12 Avril. Le malade se trouve mieux, parce que l'irritabilité de l'estomac a cessé ; mais il s'épuise de plus en plus.

14 Avril. Il y a eu une seconde attaque de paralysie ; insensibilité complète, pupille fixe et dilatée, pouls faible à 120 ; la tête est chaude. Omittantur omnia. ℞ Ol. croton. m. i. statim, inject. comm. catap. sinapis pedibus, lotio frigida capiti.

15 Avril. Il a toute sa raison, et répond aux questions. Il y a encore paralysie des extrémités droites ; quand la langue est hors

de la bouche, elle est entraînée à droite. Les pupilles ne sont pas dilatées. ℞ mist. pot. citr. toutes les quatre heures.

24 Avril. Il est retombé à peu près dans l'état où il était avant la deuxième attaque ; la langue est toujours entraînée à droite. Le pouls est faible, à 108. ℞ sulph. quinæ gr. iij. ter die ex infus. rosæ. Continuer le bouillon et l'eau de vie.

28 Avril. Il est mourant par suite de plusieurs hémorragies.

Mort le 2 mai.

Examen cadavérique, vingt-quatre heures après la mort.

Surface. — Les tumeurs situées dans le tissu cellulaire sous-cutané étaient enkystées, et lobulées par la présence de kystes secondaires ; leur contenu avait la consistance de fromage. Dans les uns, le kyste était distinct ; dans d'autres, il ne l'était pas. Ils ont les caractères bien connus des tubercules, décrits par les auteurs sous le nom de céphaloïde, hématoïde, mélanoïde : chacun pourrait presque se classer sous l'une de ces dénominations, quoique quelques uns paraissent partager des trois caractères.

Cerveau. — Il y a plusieurs tumeurs dans diverses parties du cerveau. Elles varient en grosseur, depuis une tête d'épingle jusqu'à une grosse noix ; elles sont toutes entourées de kystes plus ou moins parfaits. Une des plus grosses était située dans le corps strié gauche, et faisait saillie dans le ventricule latéral. Une autre occupait presque toute la portion du thalamus opticus gauche, et se propageait dans le lobe postérieur du cerveau. Ces tumeurs étaient solides, et plus fermes que la substance cérébrale. En les incisant, elles offraient l'apparence d'un caillot de sang, décoloré en partie ; quelques-unes étaient fermes et striées ; d'autres étaient traversées par des vaisseaux. Entre autres, deux situées, l'une dans le lobe gauche du milieu, l'autre, dans le lobe postérieur, contenaient, au centre, un fluide ressemblant à du sang grumeleux ; auprès des kystes, la substance cérébrale était ramollie ; ailleurs elle était parfaitement saine.

Thorax. — Les grosses tumeurs situées au-dessous des clavicules, empiétaient considérablement sur la poitrine ; la structure osseuse de chacune des secondes côtes était détruite, hors à l'extrémité spinale, où il restait quelques écailles osseuses. En faisant une section longitudinale sur l'une d'elles, on découvrit une suite de plus petites tumeurs, offrant les caractères mêlés, mais bien marqués des tubercules céphaloïdes, hématoïdes, méla-

noïdes et blancs; il y avait ramollissement de substance à la partie supérieure du sternum et de la clavicule droite, et infiltration d'une substance caséiforme. Au sommet de la plèvre gauche pulmonaire, était un dépôt cartilagineux de deux pouces de longueur, et d'un demi-pouce de largeur; la substance musculaire du cœur contenait trois tumeurs, environ de la grosseur d'un pois; une, assez irrégulière, faisait saillie dans la cavité du ventricule droit.

Abdomen. — On trouva dans la rate deux tumeurs médullaires de la grosseur d'une noix. Il y en avait plusieurs dans le mésentère; et une, qui était ulcérée, était contenue dans la membrane muqueuse de l'ilium; la capsule rénale gauche était développée, et convertie en une substance médullaire molle; on rencontrait aussi deux petites tumeurs hématoïdes dans le rein droit.

DEUXIÈME OBSERVATION.

Par M. TRAVERS.

20 Juin 1834. William Sims, homme du guet pour la nuit, reçut il y a environ 15 ans un coup sur la tête pour lequel il fut saigné trois fois sur la même veine au bras droit. Dès-lors il commença à se former une petite tumeur sous-cutanée au pli du coude, il y a quatre mois qu'elle se développa considérablement tout-à-coup, elle est maintenant d'un volume extraordinaire. Elle s'étend depuis l'insertion du muscle coraco-brachial, jusqu'à la fossette au-dessous de l'olécrane. Elle a 24 pouces de dimension latérale. Sa forme est presque sphérique, et traversée par des grosses veines qui forment quatre ou cinq varices décolorées. La surface de la tumeur a beaucoup de chaleur; il se plaint d'une douleur rongeante qui parcourt le bras, l'avant-bras est froid et œdémateux par la compression de la tumeur. Il y a aussi du développement et de l'induration dans diverses parties de l'aisselle, et l'on sent plusieurs petites tumeurs dans le tissu cellulaire sous-cutané des parois abdominales et de l'autre bras.

Depuis l'accroissement progressif de la tumeur, le malade a eu constamment de la toux et a parfois expectoré du sang en abondance, il est très amaigri, la physionomie est altérée, il y a inappétence et insomnie, douleur au côté gauche de la poitrine. Toux avec expectoration mucoso-purulente, parfois striée de

sang, pouls à 120, faible, constipation. Un opiacé pour la nuit, un apéritif doux de temps à autre.

26 Juin. Attaque d'apoplexie. Mort le 27.

Examen cadavérique. 20 heures après la mort.

Cerveau. — On trouva un kyste apoplectique dans le lobe gauche de la masse cérébrale, il contenait beaucoup de caillots et de sang grumeleux, la cavité s'étendait de tous côtés presque jusqu'à la surface, et empiétait sur la cavité du ventricule gauche, quoiqu'elle n'y communiquât pas, la masse cérébrale était ramollie.

Thorax. — Il y avait dans diverses parties du poumon un dépôt tuberculeux de la consistance de caillots.

Abdomen. — La rate est très développée, elle s'étend jusqu'à l'épigastre et l'ombilic. Toute trace de la structure originelle a disparu en une masse semi-fluide de la couleur et de la consistance de sang grumeleux, mêlé d'un dépôt tuberculeux, mou et blanchâtre.

Tumeur. — En la divisant elle paraissait être uniformément d'un tissu graisseux mais peu organisé et très consistant.

On trouvait plusieurs dépôts du même caractère dans les espaces intermusculaires du bras gauche.

TROISIÈME OBSERVATION.

Par le même.

26 Août 1834. Joseph Slate, jardinier, âgé 31 ans. Il n'avait que dix ans quand il lui survint des tubercules rongeants à la joue gauche, ils en vinrent à occuper les deux ailes du nez, les deux joues jusqu'aux angles maxillaires et le devant du cou, toutes les cicatrices en sont visibles. Cette maladie dura jusqu'à sa vingtième année. Dix mois après, la maladie actuelle commença par une excoriation dans l'aine gauche, les téguments voisins s'épaissirent, il s'y fit un dépôt accompagné d'induration, les glandes étaient impliquées dans le progrès de la tumeur. On employa à diverses fois des caustiques et des lotions stimulantes, mais on ne put déterminer la moindre tendance à la cicatrisation. La partie a pris un caractère malin, elle est fixe, dure, lobuleuse, d'une teinte livide et accompagnée de douleurs lancinantes. Il y a un fongus de la grosseur d'une petite orange, qui jette une sanie putride, jusqu'à présent la santé n'est pas très altérée. ℞ extract. conii gr. v ter quotidie

pil. coloc. C. ij. pro re nata pulv. acaciæ è Cretâ inguini. Régime de viande et de porter tous les jours.

Septembre. Il n'y a pas de changement visible. On augmentera le conium tous les deux jours tant qu'il s'accordera avec l'estomac. Dernièrement on à fait des applications avec la solution de chlorure de chaux, fumigation mercurielle sur la partie tous les jours.

2 Octobre. Il se plaint de plus de douleurs dans l'aine, il y a de l'inflammation tout autour. Céphalalgie, nausées, langue recouverte d'un enduit, pouls a 96, faible, suspendre la médecine pour quelques jours, catapl. carb. ligni parti affectæ.

28 Octobre. La partie est moins enflammée, elle est plus nette et sans douleur, écoulement abondant et fétide. Extr. conii gr. v. tous les jours, l'état de constipation l'oblige à faire usage des pilules de coloquinte tous les soirs, l'irritation constitutionnelle a cessé.

5 Novembre. La tumeur s'étend lentement, elle est plus élevée, elle s'est propagée jusqu'au scrotum, et est accompagnée d'une douleur vive et d'une chaleur brûlante; le pouls est à 104, inappétence. omit. extr. conii. ℞ mist. potass. citr. effervescens de quatre heures en quatre heures.

15 Novembre. La croissance fongueuse a acquis une immense largeur et une plus grande élévation, la santé générale se delâbre, teint pâle et terne, amaigrissement rapide, pouls à 120, petit et faible, nuits agitées. ℞ mist. potass. Hydriodatis loco mist. sal. foliis conii parti affectœ.

27 Novembre. L'affection locale s'étend depuis l'épine supérieure et antérieure de l'ilium, jusqu'au scrotum. La jambe et la cuisse sont œdémateuses, il y a sensibilité et induration des glandes inguinales du côté opposé.

3 Décembre. La partie est dans le même état, il y a beaucoup de douleur, céphalalgie, nausées, soif. Omitt. mist. potass. hydr.

15 Décembre. La maladie fait des progrès; le moral est affecté. ferri carbon. ʒj ter die, vini rubri ℥ iv quotidie.

23 Décembre. La maladie s'étend vers le haut, il y a un escharre au centre, il y a défaillance générale.

27 Décembre. La production fongueuse s'étend depuis trois pouces au-dessus du ligament de Poupart jusqu'au sillon des fesses. Le centre est béant, entouré d'une marge à large bord, et forme une grande cavité. Les granulations ont un caractère

fongoïde et sont couvertes d'une sanie ichoreuse abondante et et fétide. Mort le 31 décembre.

Examen cadavérique. 18 heures après la mort.

La masse carcinomateuse d'une circonférence irrégulière remplissait complétement la fosse iliaque gauche, on ne retrouvait aucune trace du psoas et de l'iliaque; on ne voyait qu'une substance d'un jaune blanchâtre, compacte, dure, inorganisée, recouverte de tubercules d'une forme ovale, variant en consistance de l'état de cartilage à celui de tubercule scrofuleux.

Cerveau. — Le cerveau était sain, on le réserva pour le disséquer.

Thorax. — Il y avait des adhérences anciennes de la plèvre de chaque côté.

Abdomen. — La surface péritonéale avait un aspect terne et plombé, en incisant le foie on le trouva mou et granulé, il s'y trouvait trois petits tubercules épars, ils paraissaient être nés à sa surface, et plongeaient dans sa substance.

Observations cliniques.

Par le même.

Ces cas nous montrent bien le carcinome médullaire : celui de Forest, admis dans la salle de mon collègue, est rare; mais en ayant rencontré plusieurs du même genre, je le reconnus dès qu'on me fit voir le malade. L'histoire de ces cas est presque toujours la même; d'abord l'isolement, ensuite la production multipliée du tubercule dans un des tissus, puis dans plusieurs, son indépendance originelle des glandes lymphatiques; sa croissance en kystes, l'ulcération et la rupture de quelques-unes des plus grosses, et le fongus qui s'en suit; la dissolution des os, des muscles, des ligaments et des glandes, l'affaissement graduel des forces vitales par une irritation continuelle, l'inappétence et les hémorragies qui surviennent; et enfin la mort du malade, par suite d'épanchement cérébral ou pulmonaire, ou par l'interruption de la circulation, et la cessation d'action d'un ou de plusieurs organes de la vie.

L'observation de Sims, qui n'est entré à l'hôpital qu'au moment de sa mort, offre la combinaison d'une apoplexie étendue, et d'un dépôt tuberculaire dans les viscères de la poitrine, de l'abdomen, des poumons et de la rate, d'une tumeur médullaire énorme de l'extrémité supérieure droite, et de quelques autres situées au-dessous de la peau, dans diverses parties. La

grosse tumeur avait le caractère du cancer médullaire ; en l'incisant, il était uniformément graisseux, mais peu organisé et très consistant. Il est bon de remarquer qu'il y avait eu un petit gonflement accidentel pendant plusieurs années.

Slate, étant jeune, avait été atteint d'une *noli me tangere* très grave ; la tumeur était fixe, livide, dure, fonguense, et offrait en quelques parties le caractère des tumeurs malignes, squirrheuses, ou médullaires. Il y avait dans le foie trois petits tubercules semblables à ceux qui se trouvaient dans la masse pelvienne. Il faut admettre la malignité de ces cas ; mais leur histoire ne démontre-t-elle pas leur origine scrofuleuse, et ne sont ce pas des exemples de scrofule dégénéré en cancer ?

Je ne connais pas de causes qui s'opposent à ce que le scrofule tourne en cancer, et dans beaucoup d'exemples, nous y trouverons une relation indirecte. Si l'on considère les deux maladies séparément, on ne manquera pas d'y trouver beaucoup d'analogie. On les a souvent pris l'une pour l'autre. Les plus savants pathologistes s'y tromperaient, et donneraient un nom erroné à la maladie, s'il fallait qu'ils décidassent d'après la section du tubercule blanc, dans le premier degré de cancer médullaire. Ils seraient moins susceptibles de se tromper plus tard, et dans le dernier temps, c'est-à-dire à l'état fongueux, il est probable qu'il le reconnaîtrait de suite.

On rencontre quelquefois dans les hôpitaux des cas où la tumeur offre si fortement tous les caractères de malignité qu'on n'en conserve pas de doute, et quand le malade succombe d'épuisement ou d'hémorragie, ou quand le membre est enlevé, on s'aperçoit qu'elle est graisseuse, et offre à peine un des traits particuliers au carcinome médullaire, sinon que toutes les structures voisines sont amalgamées et confondues avec la croissance morbide ; et dans un cas récent, où la tumeur occupait la région du cou, des épaules et de l'aisselle, on acquit la certitude que tous les viscères étaient sains. L'oblitération des structures originelles est tout aussi remarquable dans le scrofule que dans le cancer ; mais l'infiltration des parties contiguës et environnantes, qui les convertit lentement en une croissance morbide, quoiqu'elles retiennent de leur identité, est un trait particulier du cancer médullaire. Il est plus rare dans le cancer que dans le scrofule de trouver les autres parties du corps exemptes de maladies ; mais quand la maladie est arrivée à un terme fatal, ceci fait exception à l'histoire normale de toutes deux.

Sans doute, il est quelquefois très difficile d'établir une distinction entre les dépôts du scrofule et celui du cancer médullaire, formation du fongus, surtout dans les parties où la position isolée de l'organe, ou la densité des structures investies, offre un point d'arrêt à la production du fongus et à l'extension de la croissance maligne, comme, par exemple, l'œil, les testicules. Dans un des degrés du testicule scrofuleux, l'albugine se trouve distendue par une masse d'un blanc brun, d'un aspect et d'une consistance homogène; les glandes lymphatiques scrofuleuses sont sujettes à un semblable changement avant la suppuration. Il en est de même de l'humeur vitrée de l'œil, quoique plus rarement, on a vu des cas où les dernières humeurs et tuniques avaient disparu, à l'exception de la sclérotique, de la cornée et de quelques vestiges de la choroïde et de l'iris; j'ai enlevé des organes dans cet état; d'autres en ont fait autant, d'après la certitude qu'ils étaient cancéreux; la suite a prouvé qu'il y avait erreur. On les a aussi décrites sous le nom de tumeurs médullaires, faute d'un examen exact. Le dépôt est cette espèce de lymphe caillée du scrofule, qui n'est pas susceptible d'organisation, qui s'accumule sans douleur et sans déranger la santé, qui s'absorbe lentement, de sorte que l'organe s'use, ou reste dans le même état, jusqu'à ce que l'inflammation, l'ulcération ou la gangrène des tissus, l'oblige à se vider. Les glandes lymphatiques du cou, des aines et de la base du mésentère, éprouvent la même chose, mais l'on ne s'y trompe pas, parce qu'elles sont plus connues. La conversion du tissu est démontrée dans les croissances du scrofule, comme dans le cancer; et l'examen démontre que ce changement a lieu selon les périodes respectives de la maturité. Il paraît que le tissu réunissant est le siége originel des deux genres de dépôts, soit sur l'extérieur ou l'intérieur des organes du corps. Dans tous deux, le point du développement secondaire semble accidentel. Nous ne saurions dire d'avance si le cerveau, les poumons, le cœur, le foie, l'estomac, la rate, les reins s'y trouveront inclus; mais le dérangement de la fonction propre à l'organe, nous fera supposer ce que la dissection vérifiera. L'affection simultanée, ou successive d'organes éloignés est un caractère du scrofule, tout aussi bien que du cancer médullaire, quoiqu'on en dise, au point qu'un auteur moderne français a prononcé, que presque tous les cas obstinés de tumeurs glandulaires externes se terminent en tubercules pulmonaires ou cérébraux, si le sujet échappe au *tabes*

mésentérique. Que l'on résume les cas graves d'affection strumeuse, en marquant la diathèse dans laquelle les organes internes sont restés sains longtemps après, et qu'on les compare avec ceux d'un résultat contraire. Je soignais dernièrement une femme provenant d'une famille strumeuse; elle avait environ trente ans, et avait un abcès lombaire qui, à force de soins et de repos, avait parcouru ses progrès si favorablement, que toute sécrétion purulente avait cessé, et la malade était revenue à un état de santé passable. Elle fut tout-à-coup atteinte de céphalalgie aiguë, qui prit le caractère d'inflammation cérébrale; et malgré l'activité du traitement, elle mourut en moins de huit jours. Le violent délire se termina par l'épanchement, les pupilles dilatées, le strabisme, et la perte complète de la connaissance et du mouvement. Les vaisseaux du cerveau étaient engorgés, et les ventricules contenaient environ deux onces de fluide; mais heureusement le médecin qui l'avait soignée, et qui faisait l'autopsie, ouvrit la masse cérébrale, et trouva exactement au centre du tuber annulare, un gros tubercule scrofuleux.

Dans le cancer médullaire, la masse morbide qui constitue le dépôt originel est une matière nouvelle et étrangère au système, dans quelque région qu'elle se trouve, soit comme tumeur isolée de la membrane cellulaire sous-cutanée, ou dans le parenchyme du foie, ou comme substitution au tissu médullaire du cerveau ou à la masse glandulaire du testicule, ou à la structure du muscle, du périoste, du cartilage ou de l'os. Ordinairement, le dépôt est une consistance analogue à la structure originelle; elle est semi-fluide et pâteuse dans les tissus mous et spongieux, ferme dans les tissus fibreux, cartilagineux dans les cartilages et les os; il en est de même de sa couleur : elle est jaspée et ecchymosée dans les structures hautement vasculaires; blanche ou couleur de paille dans celles qui ont moins de sang rouge, ou qui sont alimentées par des vaisseaux du second et troisième ordre; elle est mélanoïde dans les parties qui secrètent un pigment noir; il semble y avoir des exceptions, parce que la tumeur varie en couleur et en consistance, non seulement suivant la partie où elle se trouve, mais selon le degré où elle est arrivée. Ainsi donc, quoique le tissu et la couleur dépendent d'abord de sa situation, l'augmentation de la croissance malade et l'enveloppement de plusieurs tissus effacent tellement cette distinction que non seulement nous retrouvons la même tumeur dans di-

verses parties, avec toutes les variétés de l'encéphaloïde, hématoïde, mélanoïde molle et dure, fluide et solide; mais même nous y trouvons de la suppuration, la gangrène et le fongus en même temps. Si la rupture de la tumeur n'a pas eu lieu par l'inflammation ou l'hémorragie, et si le dépôt envahit uniformément le tout, nous trouvons alors l'apparence blanche ou grise striée ou tachetée, la consistance molle ou ferme dans la même, comme dans autant de kystes séparés. Quand on étudie la maladie après la mort, il est presque impossible de l'analyser par rapport aux changements produits par l'inflammation ou l'hémorragie; mais si elle a été extirpée pendant la vie et avant ces changements, on verra que quoiqu'elle abonde en variétés, et qu'elle offre des apparences internes qui ressemblent fortement au changement scrofuleux, néanmoins elle a une structure normale à laquelle on peut appliquer un diagnostic exact, même sans connaître l'histoire de la maladie.

La matière du scrofule est-elle nouvelle et étrangère au système, ou n'est-elle simplement qu'une sécrétion inflammatoire de matière albumineuse, qui s'organise quand elle se trouve sous une forme membraneuse, s'absorbe quand elle est sous une forme concrétée, et si elle n'est ni l'une, ni l'autre, s'ouvre tôt ou tard par la suppuration et l'inflammation des parties voisines?

On ne sait pas encore en quoi le dépôt graisseux du scrofule diffère essentiellement de la tumeur médullaire, puisqu'elles se ressemblent au point de prendre l'une pour l'autre; il est important d'en déterminer les signes distinctifs, puisque l'affection constitutionnelle, quoique commune à toutes deux, a une base bien différente. On n'y arrivera pas en énumérant des traits distinctifs bien prononcés; on les connaît quand ils se présentent; mais si dans un degré, il y a une nuance si légère qu'elle puisse nous échapper, il devient difficile de décider si une tumeur scrofuleuse, manifestant l'indolence de cette maladie, ne deviendra pas la base d'un carcinome, ou si ces deux actions, réunies constitutionnellement, ne deviendront pas des cas de scrofule cancéreux ou malin. Il est certain que des tumeurs qui sont inactives dans l'âge moyen de la vie, deviennent le siége d'affections cancéreuses après cette époque : on en voit l'exemple par les seins des femmes. Dans le cas de Sims, il y avait eu une tumeur indolente pendant quinze ans, et dans celui de Slate, le lupus malin avait précédé de bien des années cette variété de

carcinome médullaire, qui approche le plus du squirrhe. On voit dans l'un la disposition locale, dans l'autre, la disposition constitutionnelle. Nous pourrions donner comme preuves de la consanguinité ou convertibilité réciproque des deux actions morbides, la tendance qu'ont les enfants et les jeunes gens au carcinome médullaire, et les nombreux exemples de sujets atteints d'affections malignes, qui succombent à la phthisie tuberculaire et autres genres de désorganisation scrofuleuse. Enfin nous pouvons dire que le cancer local détermine une cachexie scrofuleuse mortelle.

DE LA MORT SUBITE DES ENFANTS, PAR SUITE DE L'HYPERTROPHIE DE LA GLANDE THYMUS.

Par W. MONTGOMMERY, M. D.,
Professeur du Collége des Médecins de Dublin.

La mort subite des enfants qui paraissent en bonne santé, est un fait attesté par de si nombreux exemples qu'il est inutile d'en parler longuement; le fait est connu; mais on en ignore souvent la cause, et c'est sur cette cause que nous voulons attirer l'attention de nos lecteurs.

J'ai été à même de remarquer la mort subite de beaucoup d'enfants; et plusieurs habitants de cette ville ont été témoins des mêmes cas, où des enfants ont été enlevés par l'hypertrophie de la glande thymus.

Faire ici une description de la forme, de la structure et des relations de la glande thymus me paraît inutile; mais comme il pourrait cependant se trouver des personnes à qui cette partie soit étrangère, qu'il me soit permis d'en parler. La glande thymus est un petit corps qu'on remarque dans le fœtus vers le troisième mois de la vie utérine : dans le quatrième mois, c'est un organe distinct, occupant la partie supérieure et antérieure du thorax. Au moment de la naissance, cette glande est très grande, elle est placée derrière la partie supérieure du sternum, qui se trouve sur les poumons et le cœur.

Elle couvre une grande partie du poumon et du péricarde, passe à travers l'ouverture supérieure du thorax, et s'étend jusqu'à la glande thyroïde : un côté est donc retenu par une espèce

d'étui osseux ; l'autre est libre, étant couvert au cou par les téguments seulement et une substance musculaire. Son tissu est mou et spongieux, contenant un grand nombre de cellules dont l'ouverture se trouve dans un large réservoir central. Ce réservoir est aussi grand, par rapport à la glande, qu'un ventricule, par rapport au cœur. Il se trouve parfaitement représenté dans une planche de l'ouvrage de sir Astley Cooper.

Les cellules de l'organe sont remplies d'une sécrétion jaunâtre, ayant en partie les propriétés du chyle. Le parenchyme de la glande est dense et spongieux, et se distend : le sang qu'elle fournit est très remarquable; il est produit par quatre grandes artères, dont les deux supérieures sont ordinairement des branches des artères thyroïdes; les deux inférieures partent de la mammaire interne; ses veines sont partagées en deux parties, la partie supérieure, s'ouvrant dans les veines thyroïdes, la partie inférieure, dans la veine gauche innominée.

Au résumé, la glande thymus est molle, spongieuse, formant, chez les nouveaux nés, une masse considérable, située dans la partie supérieure du thorax; s'étendant au cou jusqu'à la glande thyroïde, en partie libre, et en partie retenue, s'étendant sur le péricarde, les poumons et les racines des grands vaisseaux; ayant une quantité prodigieuse de sang, et capable, d'après sa position, d'exercer, dans certaines circonstances, une forte pression sur la trachée et la veine gauche innominée; son poids, chez les nouveaux nés, est d'une demi-once ou 240 grains.

Si nous remarquons l'ouverture supérieure du thorax, il s'y trouvera la trachée, l'œsophage, les grandes artères de la tête et des extrémités supérieures, les veines innominées, et les nerfs phréniques, pneumo-gastriques et sympathiques : si l'on se rappelle aussi que dans le même endroit, nous avons un organe dont les dimensions sont considérables et élastiques, on concevra facilement qu'une déviation en grosseur produira des résultats importants par rapport à la condition des organes qui l'entourent. Dans son état naturel, cette glande ne produit aucun inconvénient; mais lorsque, par une cause quelconque, il y a pression dans les organes qui l'entourent, il faut s'attendre à des changements dans l'état de ces parties.

Ces faits étant détaillés, il me reste à faire connaître quelques observations de cette affection remarquable. Voici les symptômes que le malade présente : des enfants qui paraissent en bonne santé, le teint rosé, deviennent subitement agités, étendent les

bras ; les traits sont fixes, les yeux égarés et la respiration suspendue, lorsqu'ils ont été contrariés ou effrayés, quelquefois même en s'éveillant, ou lorsqu'ils sont sous l'influence d'une impression morale : cet accès dure peu, ou l'enfant, laissant tomber sa tête sur l'épaule de sa nourrice, cesse de vivre. Quand l'accès cesse, l'on entend un sifflement semblable à celui qui a lieu lorsque l'acte respiratoire a lieu pour la première fois.

Mon attention fut dirigée vers ce sujet, il y a sept ans, en recevant du docteur Neason Adams, de cette ville, une glande thyméale, avec les détails suivants : l'enfant avait huit mois, lorsqu'on le crut affecté de spasmes de la glotte. Le traitement fut bon ; l'enfant alla mieux ; et l'on trouva inutile de continuer les remèdes qui avaient été conseillés ; cependant les attaques se renouvelèrent, et on alla de nouveau chercher les médecins ; mais un jour, l'enfant paraissant bien se porter, étant au sein, sa tête se renversa sur le bras de sa mère, qui courut vers la fenêtre ; mais avant d'y arriver, l'enfant était mort.

Je vais citer une autre observation, qui me paraît d'un grand et pénible intérêt. Un enfant fut porté chez un médecin, afin qu'il pût voir combien sa santé était améliorée, et examiner ses gencives, ce qu'il ne voulut point faire, craignant de renouveler les attaques dont il avait déjà été témoin ; mais la mère, dans sa sollicitude naturelle aux parents, crut qu'il était essentiel de faire voir les gencives, et elle voulut ouvrir la bouche de l'enfant : l'accès revint de nouveau, et l'enfant tomba mort dans ses bras.

L'observation qui suit s'est trouvée dans ma propre clientelle : c'était l'enfant d'une dame qui avait toujours eu une santé frêle ; elle avait aussi eu une affection à la gorge, dont je ne connaissais pas la nature. Le petit garçon était né au mois d'août ; quand il avait trois semaines, il paraissait agité ; sa respiration était affectée à son réveil ; on n'y fit d'abord pas d'attention ; mais les accès se renouvelant, les parents me firent appeler. Je vis qu'il y avait du mal quelque part ; mais je le cherchai vainement ; je ne trouvai rien qui put indiquer la cause de cet embarras dans la respiration : sous tous les autres rapports, l'enfant était beau, bien fait, et en bonne santé. La première attaque sérieuse qu'il eut était le 10 décembre, pendant la nuit. L'enfant s'éveilla en sursaut, cria, jeta ses bras en l'air. Lorsqu'on le releva, ses yeux étaient égarés, ses traits tirés, et la respira-

tion arrêtée. On ouvrit la fenêtre ; l'air frais fit respirer l'enfant ; mais il y avait toujours oppression, et l'agitation continua plusieurs heures.

Pensant que cet arrêt de respiration pouvait tenir à une affection du cerveau, je prescrivis du calomel et un vésicatoire à la nuque : le malade fut soulagé.

Le 13 décembre, la nourrice le mit sur le dos, tint ses deux mains, et lui fit avaler une médecine : l'enfant eut une attaque effrayante ; après quoi, il suivit un traitement, et parut en fort bonne santé jusqu'au 27 janvier ; l'enfant avait alors cinq mois ; son grand-père, habillé dans un uniforme superbe, allait rendre ses hommages au roi ; on mena l'enfant, pour qu'il le vît monter en voiture ; les belles couleurs et les broderies en or paraissaient attirer son attention ; il avait l'air joyeux, et sautait dans les bras de sa nourrice, qui le mena au salon ; dans un instant, ses yeux devinrent fixes ; il fit un mouvement convulsif, laissa tomber sa tête, et *mourut*. On appela plusieurs médecins ; mais l'enfant avait cessé de vivre : leurs soins furent inutiles. Le docteur Harty et le docteur Marsh assistèrent à la dissection. On trouva la glande thymus fort grosse, et contenant une grande quantité de sang. La grandeur naturelle de la glande thymus a environ deux pouces de longueur, un pouce et demi de largeur, et un quart de pouce en épaisseur. Je n'ai pas pesé celui de l'enfant, mais je suis sûr qu'il pesait au moins deux onces, tandis que le poids naturel est d'une demi-once.

Il avait aussi trois pouces et un quart de longueur, trois pouces de largeur, et trois quarts de pouces d'épaisseur : cet élargissement était certes considérable.

L'enfant d'un médecin célèbre eut une affection semblable, ce qui inquiétait beaucoup ses parents, qui avaient perdu leur fils aîné, par l'élargissement de la glande thyméale : on ne connut la maladie qu'après sa mort ; mais cette connaissance servit à fournir les moyens de la combattre chez d'autres malades : la lettre suivante, que je reçus du père de ces enfants, contient des détails qui me paraissent intéressants.

« L'aîné de mes enfants, qui souffrait d'une affection de la glande thyméale, avait une belle santé, riait toujours jusqu'à l'âge de cinq mois. Vers cette époque, pendant son sommeil, il eut des convulsions ; sa figure était enflée, ses yeux fixes, sa respiration arrêtée ; il se débattit quelque temps, et lorsqu'il retrouva son haleine, il fit des cris perçants. Ces attaques se

renouvelèrent souvent pendant le sommeil, ou quand l'enfant était agité ou vexé, quelquefois même lorsqu'il jouait ou riait : un de ces accès dura plus qu'à l'ordinaire; l'enfant mourut subitement. Peu d'instants avant, il paraissait heureux et content, et n'avait nullement l'air de souffrir. Il avait alors huit mois; il avait eu la première attaque à cinq mois. Le fils cadet avait onze mois, lors de son premier accès : c'était un fort bel enfant. On remarque chez lui que la partie supérieure du sternum s'avance d'une manière frappante; elle semblait être repoussée par l'élargissement de la glande thyméale, que l'on pouvait sentir avec le doigt. Les accès étaient très marqués; mais pas aussi forts, ni aussi fréquents que chez son frère.

On appliqua des sangsues sur la glande élargie, afin de diminuer sa vascularité et son hypertrophie, ensuite un vésicatoire qu'on tînt ouvert. On frotta la partie d'alentour avec de l'hydriodate de potasse; on administra des médecines purgatives; on suivit un bon régime; l'enfant fut envoyé à la campagne, où il prit des bains de mer. Ce traitement fit bientôt diminuer l'hypertrophie de la glande; au bout d'un mois, tous les accès cessèrent.

Quant aux conditions des autres organes, chez les enfants ainsi affectés, voici ce que nous avons eu l'occasion de remarquer pendant la dissection : Le cœur se trouve vide; il n'y a ni sang, ni coagulum; ses dimensions sont contractées, et il semble, pour ainsi dire, flétri. Dans la tête, il y a une quantité de fluide séreux, ce qui a souvent fait attribuer la mort à l'hydrocéphale, quoique pendant la vie il n'y eût aucun symptôme de cette maladie. Il faut remarquer que la position de la glande élargie doit empêcher le passage libre du sang à la tête; et en jugeant de l'effet que cela doit produire sur les origines capillaires des veines, on comprend facilement pourquoi l'effusion séreuse en est la suite naturelle, aussi bien que l'ascite, dans l'élargissement du foie, et l'anasarque des extrémités, lorsqu'il y a pression de la part d'un utérus ou d'un ovaire engorgé. On a souvent trouvé que l'élargissement des glandes mésentériques ont quelque rapport avec cette maladie.

Mais ce qu'il faut chercher à savoir, c'est comment l'engorgement de la glande produit un résultat aussi fatal. Il me semble que cela s'explique facilement. Trois causes différentes peuvent donner lieu à l'engorgement de la glande thyméale : une simple hypertrophie et la pléthore qui résulte d'une trop grande quan-

tité de nourriture ; le sang reflue vers les organes glandulaires ; la substance du thymus devient hypertrophiée ; ses vaisseaux sont gorgés de sang ; ses cellules remplies du fluide qui leur sont propres ; et c'est ainsi que le volume de la glande devient considérable. En deuxième lieu, l'élargissement peut tenir à la disproportion existant entre la glande et la capacité de l'ouverture supérieure du thorax.

Troisièmement, l'élargissement de la glande peut être le résultat de la maladie. La même espèce de scrofule qui attaque les autres glandes peut aussi attaquer le thymus; et l'on remarque que les enfants scrofuleux sont, le plus souvent, sujets à cette affection.

Notre attention doit maintenant se porter sur la manière dont cet élargissement arrête les fonctions de la respiration, de la circulation et de l'énergie nerveuse, et donne ainsi la mort.

Supposons que, par une cause quelconque, un enfant soit fortement agité, et que la glande qui a déjà été hypertrophiée soit capable d'une grande extension, une foule de circonstances se combinent pour augmenter cette extension, et la grosseur de la glande influe sur toutes les parties qui l'environnent. »

Quand un enfant est agité, l'action du cœur est excitée; la glande, déjà grossie, se distend et, augmentant de volume, presse sur la veine innominée, et empêche le retour du sang de la tête. La même pression empêche la rentrée de sang veineux de la glande thymus dans l'innominée, et devient ainsi une nouvelle source d'extension.

De toutes ces causes combinées, il résulte sur les grands vaisseaux une pression dangereuse qui, arrêtant le retour du sang de la tête, donne lieu à une congestion cérébrale, agissant sur la trachée artère par laquelle la respiration est empêchée, et sur les nerfs principaux, surtout le grand sympathique, le *par vagum* et ses branches, et de nombreuses expériences faites par le docteur Alcock et autres, ont prouvé que la moindre altération de ces nerfs avait la plus grande influence sur la respiration. Le Gallois a remarqué que la division des récurrents suffisait pour causer la mort.

Cette affection diffère de la suffocation et des attaques d'apoplexie : l'enfant est frappé de mort dans un instant; sa tête se penche, et il a cessé d'exister.

Il peut aussi arriver que la veine cave ascendante ne fournisse point une quantité suffisante de stimulant au cœur; pendant que

la pression du cerveau, en interrompant l'influence nerveuse, fait naître une paralysie de l'organe. Dans de pareilles circonstances, Kopp attribue la mort subite à la pression sur les tubes d'air.

Il faut, dans ces maladies, chercher un traitement qui les prévienne, ou lorsque l'accès a lieu, agir promptement; il faut tenir l'enfant droit, la tête un peu inclinée en avant, donner un bon courant d'air frais, et arroser la figure avec de l'eau froide; il faut soigneusement éloigner tout ce qui peut gêner la respiration. Chez les enfants qui ont une tendance à cette affection, on doit les nourrir doucement, et non les faire coucher sur le dos pour avaler leur nourriture; il ne faut pas les éveiller rudement.

Quant au traitement qui doit prévenir cette maladie, il faudrait chercher à détruire l'hypertrophie et la congestion locale, et fortifier le système entier. Nos moyens curatifs doivent être dirigés vers la glande hypertrophiée, et on chercherait à la diminuer, en appliquant des sangsues, des vésicatoires, qu'on entretiendrait ouverts, et des onguents d'iode, tandis qu'on donnerait à l'intérieur des purgatifs, contenant du mercure : le calomel est d'une utilité majeure.

On peut aussi administrer du musc, du camphre, de l'assafœtida, des préparations de zinc, surtout le cyanure, et de l'eau de laurier cerise qui, combinés avec la diète, ont eu de bons résultats. A tous ces remèdes, il est bon d'ajouter le changement d'air et les bains de mer, un régime sain, mais non stimulant. Nous recommandons fortement le quinquina, chez les enfants sains.

Au mois d'octobre 1834, je fus consulté pour un enfant de sept semaines, qui avait eu quatre attaques; la dernière était si intense que les nourrices n'espéraient pas que l'enfant retrouvât sa respiration. Jusqu'alors, sa santé avait été fort bonne; toutes ses fonctions étaient régulières; mais je soupçonnais que la glande thyméale était engorgée : je fis appliquer une sangsue; on frotta ensuite la partie avec un onguent irritant deux fois par jour; je fis prendre aussi du calomel mélangé avec du jalap, on continua ce traitement; l'enfant fut guéri. Il faut remarquer que lorsque le traitement est bon, la convalescence est rapide; quelques semaines suffisent pour compléter la guérison.

Combien les mères sont coupables, lorsque, dans leur aveugle tendresse, elles contribuent à rendre leurs enfants malades, en leur donnant trop à manger; je fus consulté dernièrement pour

un enfant qui avait la glande thyméale engorgée ; sa mère avait l'habitude de lui donner du vin, du punch et de la bière forte, parce que, disait-elle, l'enfant pleurait quand on les lui refusait, et alors il avait une attaque : qu'il eût été facile d'éloigner ces objets, et de ne pas les lui faire voir ! Il arrive souvent qu'après un accès, l'enfant, pendant quelques heures, se plaint beaucoup; il crie, se ferme les mains, plie le pouce en dedans, ne veut point téter, ou tète avec voracité, secouant toujours la tête, comme s'il souffrait. Dans de pareilles circonstances, le meilleur remède est un vésicatoire appliqué à la nuque, un purgatif, quelquefois un lavement et un demi-bain tiède : deux sangsues à la tête produisent de bons résultats.

Il y a vingt ans, Allan Burns, prévoyant que l'hypertrophie de la glande thymus pourrait donner lieu à une maladie sérieuse, proposa de l'enlever. Le remède serait certainement bon contre toutes les maladies, puisque l'enfant ne pourrait survivre à l'opération.

Quelques auteurs ont parlé de cette maladie ; mais elle n'a pas encore attiré l'attention qu'elle mérite. Kopp, en 1830, l'a décrite sous le nom d'*asthma thymicum;* et si je ne craignais point de dépasser les limites de cette notice, je citerais des observations qui prouveraient que c'est la même maladie. Les enfants scrofuleux, ou ceux nés de parents scrofuleux, sont sujets à cette maladie, quoiqu'il n'y ait point de symptômes de la maladie ; il y a prédisposition à cette maladie ; les frères et les sœurs en sont souvent atteints. Toutes les maladies qui affectent la respiration peuvent alors donner lieu à celle-ci; il en est de même de la dentition, pendant laquelle il faut surtout veiller sur l'enfant. Cette maladie est beaucoup plus commune chez les garçons que chez les filles, dans la proportion de sept à huit contre un.

Cette maladie se montre quelquefois chez les adultes. Dans l'ouvrage de sir Astley Cooper, il y a une observation qui a rapport à un malade de 19 ans. Meckel et plusieurs autres auteurs ont parlé de cette maladie. Sandifort, dans sa pathologie, décrit une hypertrophie de la glande thyroïde chez des vieillards; il ne parle pas du diagnostic qui l'a précédé.

Lieutaud cite un homme de 35 ans qui avait longtemps eu mal à la poitrine, une toux, des maux de tête, et insomnie : les poumons et la glande thymus étaient squirrheuses; on dit que le cœur était vide et contracté.

Le même auteur parle d'un autre jeune homme de vingt ans qui, après une inflammation de la poitrine, resta affecté de dyspnée, et ne pouvait se coucher sur le côté gauche; le corps est devenu œdémateux, la toux fatigante, et la respiration pénible : l'emphysème survint, et le malade mourut. On fit l'autopsie : le thymus était d'un grand volume et squirrheux, les poumons étaient également affectés.

A la fin de 1834, j'ai assisté à une autopsie : le malade avait été attaqué précisément comme celui que nous venons de citer; il avait 28 ans; la tumeur occupait la place du thymus, et était énorme.

Depuis le traité sur l'asthma thymicum, par Kopp, des cas ont été publiés par Hirsch de Kœnisberg et d'autres auteurs; tous sont du même avis sur les caractères de cette maladie. Dans le troisième volume du Journal des Sciences médicales d'Édimbourg, page 39, qui était écrit avant le traité de Kopp, il y a des cas très intéressants, et des remarques fort judicieuses sur cette maladie.

CANCER DES RAMONEURS.

Leçon clinique par M. LAWRENCE.

Le cancer des ramoneurs est une affection maligne, essentiellement descriptive; et cependant la cause spéciale qui l'engendre ne peut pas le rapprocher des maladies nées dans certaines dispositions constitutionnelles. Le cancer des ramoneurs se forme chez un individu absolument sain, se développe, s'étend, se communique aux ganglions inguinaux, et ne cessant de détruire, entraîne enfin une terminaison fatale. Ce n'est pas comme dans le cancer du sein que la mort arrive ; il ne se produit pas, cet état particulier, minant toute la constitution et qu'on a appelée *cachexie cancéreuse*, répandant les germes du même mal dans les régions les plus éloignées sans s'étendre sur celles qui sont intermédiaires. C'est parce que l'ulcère carcinomateux s'est repandu sur des organes essentiels à la vie, mais envahit après les parties voisines que le ramoneur meurt du cancer qui lui est propre. Chez lui jamais la maladie n'a sauté pour ainsi dire d'un organe à un autre, pourtant on lui a donné le nom de

cancer. C'est que par là on entend une affection d'un caractère malin marchant invariablement vers la destruction des tissus, l'altération des vaisseaux lymphatiques et des ganglions. Le nom de cancer n'a pas été donné d'après l'aspect du mal et l'identité du siége avec quelques autres cancers. Ceux qui occupent comme lui la peau, la face, la poitrine, les tempes, les parties génitales, les mains, sont bien différents : généralement leur influence sur le système ganglionaire est la même, les ganglions s'affectent promptement dans le cancer des ramoneurs. Il en est de même dans celui de la verge et des grandes lèvres, le cancer de la face est une exception. Un question intéressante se présente ici à résoudre, y a-t-il dans la maladie dont nous traitons formation de tissus nouveaux, ou seulement changement et dégénérescence des tissus qui existent? Il semble que c'est plutôt un changement de structure. On ne trouve pas ici la formation d'une substance médullaire, encéphaloïde, ou tous les tissus primitifs ont disparu comme dans certaines tumeurs. Un tubercule s'élève du scrotum, il est dur et rénittent, il existe pendant quelque temps, se développe, l'épiderme s'exfolie, on se soulève; une ulcération se creuse dans la petite tumeur, gagne de proche en proche, et souvent ne tarde pas à se répandre sur une grande partie du scrotum. L'ulcère est irrégulier, mamelonné, des interstices profondes séparent les tubercules, un ichor aqueux extrêmement fétide en découle, et il est facile de distinguer la maladie à l'odeur seule. Quelquefois on trouve un ulcère profond, à bords renversés, formés d'une exubérance particulière de végétations qui s'élèvent de la peau dégénérée. On a alors une sorte de champignon, dont le godet figure l'ulcère du cancer. C'était le cas de l'individu que nous avons opéré. Ce sont véritablement des tubercules poussant hors du niveau de la peau, quand on divise la tumeur on les voit s'élever du chorion, ils se groupent en masses dans la hauteur d'un demi-pouce à un pouce. Le tissu cellulaire sous-jacent au derme a conservé son état normal, cela n'arrive pas toujours quand la maladie est longtemps abandonnée a elle-même. Le tissu cellulaire lui-même s'altère, il se forme en couches minces endurcies, jamais le mal ne pénètre plus profondément quand les ganglions s'affectent consécutivement, c'est simplement par induration. L'altération du tissu cellulaire nécessite l'ablation du testicule. On n'a pas pu l'épargner dans le malade que vous avez vu. Il était âgé de trente-cinq ans, il avait vu il y a cinq ans

un petit tubercule s'élever du scrotum; il n'était pas plus grand que le sommet d'un dé à coudre, il resta très longtemps stationnaire, mais depuis deux ans il s'est accru, ulcéré, et quand nous avons vu la maladie, il avait couvert une moitié du scrotum et une grande partie de l'autre. Les ganglions inguinaux sont un peu tuméfiés, mais sans dureté. Ils n'ont été affectés que très tard, nous ne pouvons pas croire qu'ils soient altérés. En opérant on crut d'abord pouvoir conserver le testicule, mais crainte de laisser quelque germe du mal, n'étant pas persuadé que toutes les parties malades eussent été enlevées, je sacrifiai la glande; l'épididyme était adhérent, et en le séparant j'aurais pu rendre l'organe entier inutile. Le testicule gauche paraissait très sain aussi, mais il touchait en arrière aux tissus altérés, il semblait un peu induré vers ce point, il aurait fallu en couper une tranche; je trouvai préférable de l'enlever aussi. Une des lois du manuel opératoire est de couper dans les tissus sains afin de ne rien laisser qui puisse reproduire l'affection. Peut être aurait-on pu conserver les deux testicules, mais, dans le doute, il est nécessaire de sacrifier à la certitude. Cette opération est très simple en elle-même, cependant il y eut une hémorragie formidable. Huit à dix ligatures furent appliquées, et la plaie laissée ouverte à l'examen des aides, de peur d'une nouvelle hémorragie, et après ce laps de temps la plaie a été fermée avec quelques points de suture entrecoupés. Elle s'est réunie en grande partie par première intention, il est bon avant d'aller plus loin de dire quelques mots sur l'extirpation des cancers. La tuméfaction des ganglions est-elle une contre indication formelle pour l'opération? Certainement il serait préférable d'opérer avant que cette tuméfaction ait lieu, mais quand elle existe, il faut reconnaître le temps et les circonstances. Dans les cancers de ramoneurs que nous avons extirpé, il semblait que le temps n'avait pas été suffisant pour la dégénérescence des ganglions depuis leur développement; il n'existait pas d'endurcissement, c'était plutôt une augmentation de volume. Dans tous les cas semblables de la même maladie, je crois que l'on peut opérer. C'est toute autre chose chez les femmes affectées de cancer au sein, les chances sont bien moins favorables, on peut dire en dernière analyse qu'aussi longtemps que l'on peut enlever toute la maladie, on peut calculer sur le succès.

LEUCE VULGARIS OU LÈPRE BLANCHE.

A monsieur le baron Alibert.

Mon cher maître,

Il n'est pas d'élève de l'école de Paris qui ne se rappelle avec plaisir ces leçons poétiques, données sous les tilleuls de l'hôpital Saint-Louis. Il n'en est pas qui n'ait admiré votre ingénieuse méthode, et l'art admirable que vous possédez de rendre attrayantes les leçons que vous donnez. Votre méthode est sans doute bien supérieure à tant d'autres, puisqu'elle permet de retrouver, au milieu d'un nombre infini de maladies, une variété peu commune et peu connue. Au bout de trente ans, Rousseau reconnut la pervenche, qui lui rappelait de doux souvenirs; la lèpre blanche m'a rappelé les leçons sous les tilleuls; et lorsque plusieurs confrères étaient embarrassés pour classer cette maladie, et qu'ils concluaient en disant qu'elle n'avait pas été décrite, qu'elle n'appartenait à aucun ordre, il m'a été aisé, en rappelant les caractères que vous donniez de la *lèpre blanche*, de prouver que cette espèce appartenait à la grande famille des lèpres juives; que son caractère de *Leucé*, son apparence judaïque s'était conservée intacte, comme les physionomies des Hébreux, que les révolutions, ni les siècles n'ont pas altérées. Je vous envoie le dessin et l'observation : l'un et l'autre sont dus à M. Vanden Driessche, qui a bien voulu décrire et dessiner la lèpre. C'est à vous à juger si cette lèpre *insensible*, *déprimée*, *blanche*, semblable à des *cicatrices de brûlure*, *avec une auréole rouge* et *quelquefois d'un blanc nacré*, n'est pas la lèpre que vous avez décrite, la *Leucé* des Hébreux. C'est à vous désormais à protéger cette observation de votre nom et de votre haut savoir.

Je suis, avec une sincère admiration, un de vos nombreux élèves,

BUREAUD.

Observation recueillie par L. VANDEN DRIESSCHE, D. M.

Dans l'hôpital de Saint-Bartholomée, sous le traitement de M. Vincent, se trouve en ce moment Lucye Bishop, âgée de trente-deux ans, complexion frêle, décharnée, constitution

lymphatique, sans affections antécédentes remarquables, elle a donné le jour à onze enfants, dont cinq sont vivants. La maladie qu'elle présente aujourd'hui date de trois ans; depuis plusieurs mois elle a vu ses règles se supprimer. Son estomac est devenu extrêmement irritable sous l'influence des médicaments divers dont elle a fait usage avant son entrée à l'hôpital le 15 février de cette année.

Les deux mains se sont prises en même temps sans autre cause connue qu'une perte qu'elle éprouva quelque temps avant l'invasion. La main gauche est atteinte du côté radial; une surface brunâtre parsemée de tâches blanches dont quelques-unes *sont évidemment déprimées*, se dessine insensiblement sur l'avant-bras, sa couleur se renforce, elle envahit les premier, deuxième et troisième métacarpiens sans s'étendre dans la paume de la main, et se termine en plongeant entre les doigts indicateur et médius, où la commissure a été ulcéreé et s'est recouverte de croûtes légères. Le bord cubital de la main et du bras droit présente cette teinte brunâtre, terreuse dans une plus grande étendue. Les taches blanchâtres *irrégulièrement circulaires*, s'étendent, se dessinent comme les cicatrices d'une brûlure superficielle guérie depuis longtemps; elles se groupent en chapelet, se bordent en dedans d'une auréole rougeâtre, qui les limite des parties saines. La maladie entache toute la face dorsale du bras et de la main droite, la partie postérieure de l'épaule gauche, et le bas du sein de ce côté. Partout la *dépression quoique légère est irrécusable.* Ce caractère se retrouve d'une manière patente dans une tache isolée sur la face antérieure du bras droit, dont l'auréole rouge est remarquable. Toute cette surface est rude, âpre au toucher, entièrement insensible. *La malade n'a la perception de la partie, comme tannée, du membre, que par les mouvements musculaires.*

Le traitement consiste dans des préparations iodines, que la patiente supporte avec peine; par intervalle, elle a été soumise à de fortes douleurs épigastriques, à un accablement profond qu'on a attaqué au moyen des antispasmodiques et des sudorifiques. Dans ce moment son état s'est amélioré, la teinte brunâtre s'efface, mais les taches d'un blanc de perle, qu'elle environne, semblent rester ineffaçables.

HYDROCÈLE OPÉRÉ PAR DES PONCTIONS MULTIPLES AVEC UNE AIGUILLE TRÈS FINE.

Par M. TRAVERS.

Le 18 mai, M. Travers examina un individu chez qui il avait constaté l'existence d'un hydrocèle du côté gauche quelques jours auparavant. C'était un homme robuste, âgé de 45 à 46 ans, d'une constitution lymphatique, et fortement marqué de la petite vérole. La tumeur offrait le volume d'une grosse poire, et était, proportionnellement à son volume, très légère. Le chirurgien se servant tour à tour de la main et de son chapeau pour produire de l'ombre au-dessus du scrotum exposé près d'une fenêtre où la lumière était vive, rendit la transparence de la tumeur évidente pour tous les assistants. Il s'était lui-même assuré de la position du testicule, et embrassant la partie postérieure du scrotum dans la paume de la main gauche, il refoula le liquide vers la partie antérieure, et plongea à deux ou trois reprises, dans la partie saillante de la tumeur, une petite aiguille à manche en ivoire. Cet instrument, à ne considérer que la forme, porte beaucoup de ressemblance avec l'alène droite du cordonnier. C'est une alène en miniature. A chaque ponction, une goutte de liquide transparent filtrait à travers l'ouverture pratiquée par l'aiguille. L'opérateur lâcha prise; et s'assurant de nouveau de la position du testicule, il embrassa le scrotum sur un autre point, fit saillir le côté opposé et y plongea son instrument. Sept à huit ponctions furent pratiquées de cette manière, disséminées sur la surface de la tumeur; on évita soigneusement de rencontrer la glande. L'individu retourna dans son lit; et l'on ordonna l'application de compresses trempées dans l'eau froide. L'esprit de vin camphré fut employé plus tard.

A la visite du 23 mai, l'hydrocèle avait disparu comme par enchantement; le scrotum était relâché et pendant; mais la tunique vaginale ne présentait plus aucune trace de l'épanchement : il était facile de sentir le testicule et ses annexes. M. Travers regarda en souriant les spectateurs, étonnés de voir le succès de quelques coups d'aiguille pour la guérison de l'hydrocèle. Il appela de nouveau l'individu auprès de la fenêtre; et après une

investigation minutieuse, il conclut que tout épanchement avait cessé. L'inflammation dans le scrotum avait été peu remarquable.

BIBLIOGRAPHIE.

Qu'est-ce que la Phrénologie? ou Essai sur la Signification et la Valeur des Systèmes de Psychologie, et de celui de Gall en particulier; par F. L. Lélut, médecin adjoint des aliénés de Bicêtre et de la prison. Paris, chez Trinquart.

La philosophie et la psychologie qui suivent plutôt qu'elles ne donnent l'impression communiquée par l'esprit du temps à toutes les sciences sans exception, doivent revêtir désormais un caractère d'utilité pratique qui ne saurait se séparer d'un caractère de moralité. L'utilité morale pour la psychologie en particulier, consiste à ne plus voir dans l'homme une intelligence abstraite composée d'attention, de mémoire, d'imagination, de jugement, mais bien une intelligence active, volontaire et morale, dont les facultés réellement primitives sont des appétits, des sentiments, des passions elevées au rang de facultés. Cette manière de considérer l'homme peut seule le faire connaître, servir à le diriger, et à juger ses actions pour les pardonner et les punir suivant leur mérite; tâche immense que l'ancienne psychologie ne pouvait remplir et n'a pas rempli.

M. de Bonald, disait naguère, à l'applaudissement de tous les théologiens et de grand nombre de psychologistes, que l'homme est une intelligence servie par des organes; depuis Gall cette proposition n'est plus vraie et la volonté a pris la place de l'intelligence. C'était ainsi que Hutchinson, en 1740, et Reid en 1770, le disaient et l'écrivaient; mais il était réservé à Gall de donner la vie à la doctrine de l'école écossaise, à la mettre en évidence et dans la voie du progrès.

Hutchinson en 1740, Reid en 1770 remplirent le programme, Gall dans la suite le compléta. A n'envisager donc la doctrine de Gall que sous le rapport psychologique elle est dans le vrai et dans la voie du progrès.

En comparant les systèmes de l'école écossaise, en les combinant avec celui de Gall et de son disciple Spurzheim on arrive à une *meilleure* systématisation des facultés intellectuelles et morales de l'homme, à une *systématisation* plus pratique, plus applicable et plus utile que toutes les doctrines anciennes qui n'avaient pas ce caractère. C'est là ce que tend à démontrer l'ouvrage que nous avons sous les yeux.

Après avoir rappelé le but d'utilité que doivent désormais se proposer la philosophie et la psychologie, l'auteur définit la psychologie et le mot sacramentel de *faculté*, il détermine le domaine d'observation de cette science dans toutes ses parties et dans ses extrêmes limites, il rappelle que dans tout sys-

tème on doit examiner son côté théorique, puis son côté pratique ou d'application, il dit que ces deux points de vue généraux sous lesquels doit se faire l'examen de tout système psychologique, c'est l'*innéité* des facultés qu'il admet, et le nombre et l'importance comparative de ces facultés. Ce n'est pas une histoire comparée de tous les systèmes de psychologie qu'il fait envisager de ce double point de vue, mais c'est ce double point de vue lui-même qu'il considère et traite dans les principaux systèmes anciens et modernes, suivant le nécessités actuelles de la science.

Lorsqu'il dit qu'une faculté est innée, l'auteur ne veut dire autre chose si ce n'est que les faits physiques qui la supposent sont antérieurs et supérieurs dans l'ordre de développement et d'importance, aux autres faits intellectuels et n'ont pas besoin de ces derniers pour leur production. Voila pourquoi selon l'auteur, les facultés affectives et morales, sont plus *innées* que les facultés perceptives et les facultés intellectuelles proprement dites, qui n'arrivent que les dernières.

Dans l'être humain, dit l'auteur, il n'y a d'abord pendant un certain temps de la vie intra utérine que faits et par conséquent pouvoirs végétatifs sans sentiment probable, puis vraisemblablement faits sensitifs, et par conséquent pouvoir de sensations externes et de sensations internes ou instinctives à peu près purement viscérales, allant de front et étant pour ainsi dire innés les uns aux autres, sans qu'on puisse prononcer lesquels d'entr'eux ont paru les premiers. Puis quand l'enfant est venu à la lumière, il y a encore pendant un certain temps, persistance presqu'exclusive de ces deux ordres de faits et de pouvoirs, auxquels cependant ne tardent pas à s'ajouter des penchants, des aptitudes purement instinctives et irréfléchies, ou si l'on veut les faits qui les supposent ; enfin manifestement en dernier lieu et n'arrivant que très tard à un complet développement viennent les faits relatifs à une attention prolongée et volontaire, à de la mémoire, à de l'imagination, à du raisonnement, faits intellectuels par excellence d'où l'on infère les pouvoirs de même nom; et ces diverses sortes de faits affectifs, moraux et intellectuels, n'ont point entr'eux de rapports nécessaires et proportionnels de développement c'est-à-dire que les besoins, les impulsions, les penchants, ne sont pas proportionnels dans leur développement et leur action au développement et à l'action des sens.

Somme toute, continue l'auteur, dire que les vraies facultés, les facultés actives sont innées, c'est dire que les manifestations affectives telles que les besoins, les penchants, les aptitudes ont lieu les premières.

Nous ne supposons pas que l'auteur ait ici la prétention de donner du nouveau et en citant ce passage, c'est moins pour exprimer ce qu'il a de particulier, que je crois montrer que ses idées sont celles qui sont généralement reçues. Au reste, dès son début, l'auteur a fait en quelque sorte sa profession de foi, lorsqu'il a dit que la philosophie ne fait que constater le progrès qui est l'œuvre du temps et de la raison; et lorsqu'il a dit encore qu'il ne cherchait autre chose que ce qui constitue le fond de la philosophie; mais suivons notre analyse.

Le second point de vue de l'examen des systèmes de psychologie, est celui

de la nature et du nombre des facultés qu'ils admettent. Cet examen doit se faire 1° sous le rapport des facultés affectives et morales; 2° sous le rapport des facultés intellectuelles proprement dites. Pour le premier point, il énumère les facultés admises jusqu'au temps même où nous vivons, il rappelle que le côté affectif et moral de la pensée, ou les facultés affectives et morales ont été complétement négligées ou à peine indiquées dans les systèmes de psychologie, et il montre que c'est à Hutchinson que commence la période précise pour la vérité de cette science; en elle embrasse non seulement les faits intellectuels, mais encore les faits affectifs et moraux. Enfin il place en première ligne ces derniers, et les donne pour base à l'édifice des facultés réellement fondamentales parce qu'elles sont actives.

L'auteur termine la première partie de son ouvrage par des considérations d'un haut intérêt sur les applications sociales auxquelles se rattache la partie pratique de la philosophie, et il passe à l'examen du système de Gall en particulier; il répond dans la seconde partie à la question qui sert de titre à l'ouvrage : Qu'est-ce que la phrénologie?

Selon M. Lélut, la phrénologie est une nouvelle doctrine de l'homme moral ; c'est le système le plus complet qu'il y ait jamais eu en psychologie, car il embrasse non seulement l'ensemble des faits et des pouvoirs intellectuels et moraux et leurs rapports de toute sorte, mais il traite encore de l'organe ou de la condition matérielle de la pensée. Dans les ouvrages de Gall et de Spurzheim, l'exposé de la doctrine commence par celui du cerveau, M. Lélut croit devoir suivre une autre marche. Il rapporte l'examen du système de Gall à deux questions celle des facultés et celle des organes, et il pose ainsi les questions : 1° quels sont la signification, la valeur et le degré d'originalité de la phrénologie considérée soit en elle-même, soit relativement aux systèmes antérieurs, à ceux surtout qui ont marché dans la même voie qu'elle; 2° le cerveau, en tant qu'organe général de la pensée, comprend-il et devrait-il comprendre autant d'organes particuliers qu'il y aurait de facultés primordiales démontrées; ou bien précise-t-il de masse dans l'exercice de ces facultés?

L'auteur ne répond dans l'ouvrage que nous avons sous les yeux qu'à la première question. Il étudie les facultés en général, la volonté et l'entendement, il distingue deux ordres de facultés primordiales, les facultés affectives et les acultés intellectuelles, puis il étudie leur action simultanée. Dans une deuxième section, il présente l'application du système de Gall et de la phrénologie.

Cette partie qui devrait être traitée avec quelque développement nous laisse beaucoup à désirer, car l'ouvrage de M. Lélut ne remplit pas le but qu'il se propose, nous voulons dire l'établissement d'une psychologie pratique, s'il se contente de jeter quelques idées en courant. Il peut être plus ou moins important de savoir que c'est à Hutchinson ou à Reid qu'il faut remonter pour retrouver l'origine d'une psychologie plus complète que les autres, mais ce qui est d'une importance majeure, ce sont des conclusions et des applications. Sous ce point de vue, l'ouvrage de M. Lélut n'a fait qu'esquisser la partie pratique qui découle du système de l'école écossaise et de Gall. Quoi qu'il en

soit, à l'annonce seule du livre de M. Lélut, le phrénologisme s'est presque effrayé; l'apparition de cet ouvrage ayant été précédée par la publication de quelques mémoires sur la longueur et la largeur comparative du crâne chez les voleurs homicides, et par des lettres sur les têtes des derniers assassins qui ont acquis une si triste célébrité, on a préjugé d'avance son contenu.

Mais loin d'affaiblir le mérite des créateurs de la phrénologie, le docteur Lélut vient de leur élever un monument, M. Lélut néglige cependant certaines parties des découvertes de Gall, mais d'un autre côté il présente à la méditation des savants, des philosophes et des législateurs la partie psychologique morale et active qui fait le plus d'honneur à Gall et à Spurzheim son continuateur. Peut-être a-t-il trouvé dans Gall ce que Gall lui-même n'avait pas eu l'intention de dire; car c'est le propre de tout les commentateurs de trouver des intentions, des sens cachés dans le langage le plus simple et dans les ouvrages qu'ils méditent. Quoiqu'il en soit la cranoscopie ne sera jamais considérée que comme le moindre mérite de Gall, et sans adopter l'opinion de quelques académiciens qui la considéraient à tort comme une mystification, il faut bien reconnaître pourtant que ce serait abaisser Gall et sa mémoire que de ne voir en lui que l'émule de Porta et de Lavater. L'ouvrage de M. Lélut annonce un esprit cultivé, une érudition réelle, un jugement exercé et doit désormais lui marquer une place fort honorable parmi les médecins philosophes disciples ou continuateurs de Cabanis.

Encyclopédie d'Anatomie et de Physiologie ; par Robert Todd. Sixième livraison. Londres, Sherwood et Comp.

La manière dont la presse médicale anglaise a accueilli cette belle entreprise, qui pour la première fois réunit des savants anglais et des savants continentaux, ne nous laisse rien à dire à son avantage; il nous reste seulement à donner le nom des principaux articles de chaque numéro, les auteurs ayant un nom européen, n'ont besoin que d'être cités pour que l'on préjuge la valeur de leurs produits. Le sixième numéro contient la fin de l'article *cavité*, par *Todd*. L'anatomie, les propriétés, les fonctions, le développement du *tissu cellulaire*, et les maladies auquels il est sujet par le docteur *Graniger*. L'article *céphalopode*, par M. *Owen*, est enrichi de belles et nombreuses gravures sur bois et c'est ce qu'il y a de plus complet sur cette classe de mollusques invertébrés; un article sur le *cerumen* par *Brande*.

L'article *cétacé* dû à la plume de *F. Cuvier* et auquel de nombreuses gravures donnent un nouveau prix est digne de la réputation de ce savant naturaliste. L'article *chéiroptère* est de T. *Bell*, il est aussi illustré par des gravures sur bois. Le système chilifère est traité par le professeur *Grant*, nous reproduirons dans un de nos prochains numéros l'article *cicatrice* par *Todd*.

Le sixième numéro contient un article *cil* qui se terminera dans le numéro suivant.

Il serait difficile de donner une analyse de chacun des articles que nous venons de citer, nous avons d'ailleurs trop peu d'espace et notre but essentiellement pratique, ne nous permet pas de donner à la partie anatomo-physiologique une extension suffisante. Nous ne pouvons qu'indiquer sommairement le contenu des livraisons que nous recevons, nous réservant toutes fois d'analyser longuement les parties qui seront plus pratiques.

OUVRAGES REÇUS POUR LA REVUE.

Dictionnaire des termes français, expliqués en anglais ; par le Dr Palmer.

Leçons de M. Civiale, sur la lithotritie.

Le Démon de Socrate ; par M. Lélut.

Sur les dépletions sanguines ; par M. Marshall Hall.

MÉMOIRES ORIGINAUX.

MALADIES DU LARYNX.

Deuxième article (1).

4e Observation. *Laryngite aiguë. Mort.*

Extrait du Mémoire de BAILLIE.

Le Dr. Pitcairn, âgé de soixante ans, avait eu antérieurement plusieurs attaques d'*esquinancie*, qui avaient cédé à des saignées générales, aux purgatifs et à l'abstinence.

Le 13 avril, il fut pris d'inflammation à la gorge, si légère, qu'elle n'altéra pas ses traits et qu'elle n'interrompit pas les devoirs de sa profession. Le soir du 15 il était plus mal, le 16 il était au lit. Je me proposais de le voir dans la soirée, dit Baillie, quand je fus appelé auprès de lui; il était alors dix heures. Pitcairn était couché sur le côté gauche, presque en travers du lit, il parlait d'une manière épaisse à cause du gonflement de sa gorge. La peau était chaude, le pouls fréquent, mais non dur. D'après son propre désir, il s'était fait saigner abondamment, le sang avait une forte couenne. Il avait pris aussi quelques médicaments apéritifs et s'était fait appliquer un vésicatoire sur le cou; le vésicatoire l'ayant beaucoup fatigué, il l'avait fait enlevé avant qu'il ait produit son effet, il ne se croyait pas en danger, et je pensais moi-même que sa maladie n'était autre chose qu'une de ces attaques légères auxquelles il était sujet, seulement je croyais que celle-ci était un peu plus *sévère*, cette pensée était si fixe dans mon esprit, *que je n'examinai même pas la gorge et lui-même ne le demanda pas*. Pendant la nuit, les symptômes devinrent plus violents, et l'on appliqua sur le cou, dès le matin, un grand nombre de sangsues; à onze heures du matin je le vis et le trouvai debout, mais sa face était pâle, son pouls faible, inégal, et sa voix presque entièrement éteinte. Il respirait avec peine, mais sans aucun bruit particulier d'un caractère spasmodique. Il éprouvait cependant de la gêne dans le larynx, et il écrivit avec un crayon sur un morceau de

(1) *Voyez* N° 3, page 117.

papier que sa maladie devait être regardée comme *un croup*. Quand j'examinai les parties internes de la gorge et de la bouche, je trouvai la langue très gonflée et sa surface inférieure très rouge; le voile du palais était aussi rouge et gonflé. Le gonflement de la langue ne permettait pas de voir distinctement les amygdales. Pendant que j'étais présent, Sir Everard Home vint visiter le malade, nous nous consultâmes mutuellement et nous fûmes d'accord pour introduire un instrument dans les voiles du palais afin que des matières pussent s'écouler au besoin, mais rien ne suivit cette tentative, cependant le malade se crut un peu soulagé par la petite quantité de sang qui suivit *cette incision*. Le malade ne pouvait rien avaler, Sir E. Home et moi nous résolûmes de revenir le soir à dix heures et d'appeler le docteur Wells qui était intimement lié avec le malade. Entre trois et quatre heures de l'après midi, je revins voir le malade, il s'était couché, son pouls était régulier, ne manquait pas de force et n'était pas trop fréquent. Le malade respirait avec peine, était un peu assoupi, mais sa figure paraissait moins souffrante; il se croyait un peu mieux et je partageais son opinion. A huit heures du soir, son mal empira tout-à-coup, et dans moins de deux heures après il mourut.

Le 19, le second jour après sa mort, le corps fut examiné par Brodie, Wells, Home et moi. La langue était considérablement gonflée, mais non de la même manière que pendant la vie; la surface inférieure était d'une couleur rouge. La partie supérieure et postérieure de la langue, était rouge aussi mais moins; le voile pendant du palais et les tonsilles, étaient enflammés, mais peu gonflés; les tonsilles ne contenaient pas de pus; l'épiglotte était au moins deux fois aussi épaisse que dans l'état de santé, et plus droite et plus ferme que d'ordinaire; quand nous examinâmes la surface intérieure du larynx, la membrane qui la recouvre était très enflammée, un peu épaissie, et nous trouvâmes dans les ventricules une petite quantité de fluide épais et *purulent*. La membrane interne de la trachée était aussi enflammée, moins cependant que la membrane interne du larynx. Les poumons étaient sains, mais ne tombaient pas en collapsus lorsque le sternum et la partie antérieure des côtes furent enlevés. On trouva quelque marques légères de maladie dans la tunique de l'aorte, mais elles n'avaient aucun rapport avec la maladie dont Pitcairn venait de mourir.

Baillie cite deux autres cas de laryngite suivis de mort; dans

ces deux cas, les déplétions sanguines furent plus abondantes que dans le traitement de Pitcairn, et cependant les malades moururent. Ce qu'il y a de particulier dans ces observations, c'est que les individus étaient sujets à des inflammations fréquentes du larynx.

On ne pourrait appeler ces maladies un croup, car il n'y avait ni voix croupale, ni dépôt de lymphe coagulable.

D'après ces trois observations, Baillie conclut que les déplétions sanguines sont de peu d'utilité, non plus que les vésicatoires et les médecines purgatives, et cependant comme ces maladies sont de nature phlegmoneuse il convient dès le début de l'attaque, de tirer du sang jusqu'à ce qu'il s'évanouit; il conseille les opiats comme pouvant combattre le spasme de la glotte, surtout lorsqu'il y a menace de suffocation. Enfin, il conseille en dernier lieu la trachéotomie.

Comme on le voit Baillie ne jette encore aucune lumière sur la maladie qui lui enleva si rapidement son ami Pitcairn, et loin de faire avancer la science sur ce point, il l'environne de doutes et d'hésitations; il semble, d'après lui, qu'il n'y a rien à faire lorsqu'un individu est atteint de laryngite aiguë; il avoue cependant que dès le début de l'attaque il convient de tirer du sang; il conseille les opiats que nous trouverons rarement utiles. Mais dans une dissertation aussi importante, il ne suffit pas de commenter Baillie, il faut profiter de ses erreurs, de ses fautes même, et quand on n'a pas à se reprocher la mort de son ami, on peut étudier la question d'une manière désintéressée et réellement progressive. Baillie ne serait pas le premier qui aurait considéré la science comme impuissante dans des circonstances ou plus d'énergie et plus de confiance dans l'art eussent sauvé le malade.

5e Observation. *Cynanque laryngienne. Guérison.*

Par James WATSON ROBERTS, M. D.

A trois heures du matin, le 19 de Juillet, je fus appelé pour donner des soins au docteur J. M. Haye, médecin d'un grand savoir âgé de quarante-six ans; Je le trouvai au lit, entouré de médecins et d'apothicaires, ses yeux étaient à fleur de tête, il y avait un état de tension de la région du cou, les muscles étant turgides et la poitrine couverte de taches de pourpre, comme on en voit dans la première période de la fièvre jaune, chez les

individus pléthoriques. Dans la gorge on ne voyait *aucun accroissement de langue* ni *de volume des amygdales*, et peu de difficulté dans l'acte de la déglutition. Quand je le questionnai sur le siége de sa maladie, il indiqua la *pomme d'adam* et dit *c'est là*, la peau était très sèche et sa température était très élevée au-dessous de l'état ordinaire; le pouls donnait cent douze pulsations par minute, était très plein, fort, laborieux; on remarquait aisément les battements des artères carotides; sa voix était rauque comme dans le catarrhe ordinaire, mais il ne toussait pas. La dyspnée était intermittente, aucun symptôme n'indiquait une inflammation du poumon. Il avait une grande disposition à la somnolence, de sorte qu'il tentait de dormir ce qu'il ne pouvait faire plus d'une minute; aussitôt qu'il fermait les yeux, il commençait à ronfler, quand sa face était tout-à-coup couverte d'une couleur cramoisie, et il s'éveillait effrayé, ouvrant la bouche pour respirer, jetant les bras hors du lit, les mains étendues vers ceux qui l'entouraient demandant ainsi du secours car il ne pouvait prononcer un mot.

Dans ce pénible combat, où la vie pouvait cesser par suffocation un des médecins eut l'heureuse idée d'administrer *du gaz oxygène* ce qui donna d'abord quelque soulagement et rétablit la respiration.

Ces paroxysmes se répétaient aussitôt que le malade s'endormait et le besoin de sommeil était si fort, si invincible que ces scènes douloureuses avaient lieu toutes les dix minutes malgré ce que l'on pouvait faire pour les combattre.

En questionnant, j'appris que le malade avait assisté le 16 à un grand dîner, où il avait bu largement. Il fut appelé dans la nuit pour visiter un officier général, et il resta quelque temps à une fenêtre en parlant, il était deshabillé, dans un état de transpiration profuse, et exposé à l'influence d'un vent frais. Le jour suivant il sentit un état de plénitude dans la gorge, avec des maux de tête et d'autres symptômes de fièvre. Il prit un purgatif, mais il ne dormit pas, et le jour suivant il garda le lit. Le médecin principal de l'état major de l'armée qui campait dans les environs, le visita dans l'après-midi quand la maladie était bien déclarée. L'on soupçonnait que ce pouvait être une affection goutteuse, mais sachant que le malade avait une manière de vivre ordinaire, qu'il n'était pas sujet à une goutte atonique, et qu'il avait des attaques régulières de cette maladie aux extrémités, je n'hésitai pas à regarder la maladie

pour laquelle on m'appelait comme une inflammation du larynx et de la partie supérieure de la trachée.

Il y eut quelque divergence quant aux opinions sur la nature et le traitement de la maladie, quelques médecins étant opposés à la saignée et regardant le cas présent plutôt spasmodique qu'inflammatoire. Leurs objections ayant été détruites, il fut résolu que l'on tirerait 16 onces de sang du bras, le malade témoigna lui même que cette saignée le soulageait. Il était remarquable que pendant que le sang coulait de la veine, par une large ouverture, l'affection spasmodique de la gorge ne reparaissait pas. Cependant quoique le malade retira le plus grand avantage de sa saignée, les symptômes terribles que j'ai décrits, l'assaillaient dès qu'il s'assoupissait; mais cependant avec une violence moindre. J'ordonnai 6 onces d'infusion de séné avec du sel de glauber pour prendre durant la matinée. Je le laissai à 6 heures du matin, à 11 heures je le revis ainsi que les médecins ordinaires, nous ne trouvâmes que temporaire le bien qui avait résulté de la saignée; le pouls était plein, dur, fort, et le sentiment de suffocation, sinon aussi fréquent, du moins aussi formidable qu'auparavant.

On retira une plus grande quantité de sang que la première fois avec un soulagement manifeste; car il pouvait alors dormir pendant quelques minutes sans éprouver ce sentiment terrible de suffocation, et cette horrible apparence de strangulation. On appliqua un large vésicatoire sur la poitrine.

Quand je le vis le soir, je trouvai le malade dans un état satisfaisant, le sentiment de suffocation, n'était ni aussi fort, ni aussi fréquent que pendant le jour. La fréquence, la plénitude et la force du pouls étaient diminuées, la peau était plus fraîche. Le cathartique avait produit son effet et le vésicatoire également. Mais ce qui consolait le plus le malade c'est qu'il avait eu un peu de sommeil sans trouble.

Le 20 il avait passé une mauvaise nuit avec de fréquentes attaques de strangulation, il se plaignait de maux de tête, avait de la fièvre, le pouls était plein et plus fréquent qu'à la précédente visite. Dans ces circonstances, je n'hésitai pas à avoir recours à l'usage de la lancette, et ce fut avec un succès réel. Dès ce moment il parut hors de danger, car il pouvait se coucher sur l'un ou l'autre côté, et dormir pendant une heure sans que son sommeil fût troublé et sans être saisi de spasmes de la orge, il ne sentait qu'une douleur sourde, un peu de turgescence

qui cédèrent à l'usage des purgatifs et du régime antiphlogistique. Avant d'obtenir ce soulagement manifeste il était constamment couché sur le dos, sa tête étant élevée afin de donner autant que possible plus de capacité à sa poitrine. Pendant quelque temps après son rétablissement, sa voix demeura rauque ce qu'il s'efforcait de diminuer en expectorant.

Ainsi cette terrible maladie fut arrêtée dès son principe; si elle eût été traitée d'une manière moins vive, il y a toute raison de croire que le malade eût succombé; ce qu'il y a de remarquable c'est que le même malade mourut 15 ans plus tard d'une attaque de la même maladie. Le président de la société de médecine et de chirurgie pratique Henri Cline faisant des observations sur le cas rapporté, rappelait que huit cas s'étaient présentés dans peu de temps. Cette maladie, disait-il, aurait-elle été inconnue des anciens? ou plutôt aurait-elle été mal décrite. En consultant les auteurs on trouve des descriptions de cette maladie dans Lomnius et Morgagni, dans les *Prœnotiones* d'Hippocrate et dans les *Observ. médicales* de Tulpius, mais les ouvrages de nosologie n'en ont pas parlé. Si le peu de fréquence de cette maladie semble excuser les auteurs de ne l'avoir pas décrite excuserait elle le praticien de ne savoir pas la traiter?

Ce qu'il y a de particulier dans l'observation qui précède c'est l'usage de l'*oxigène* et le large vésicatoire. Mais ce qu'il y a de commun dans les observations heureuses et malheureuses c'est la saignée, les déplétions sanguines. Mais de quelle manière sont faites ces saignées? Quelle règle suit-on pour la quantité de sang que l'on retire? dans les cas favorables on n'a pas employé les opiacés.

Le médecin qui fait le sujet de l'observation qui précède fut traité, quinze ans plus tard, par Baillie, et *il mourut*. Il nous a paru utile de rapporter cette observation, comme élément propre à jeter du jour sur le traitement énergique et prompt que réclame cette terrible maladie.

6e Observation (suite de la précédente). *Seconde attaque de laryngite à quinze ans d'intervalle. Mort.*

Rapportée par BAILLIE.

M. Haye, médecin âgé de cinquante-neuf ans, tomba malade le 16 juillet; il vint chez moi le matin à dix heures et me dit

qu'il sentait de la gêne dans le larynx un peu du côté gauche. Sa peau n'était pas plus chaude que dans l'état ordinaire, son pouls n'était pas plus fréquent; quand je regardai sa gorge, sa luette paraissait un peu plus rouge et un peu plus grosse qu'à l'état ordinaire, et les voiles du palais étaient un peu rouges, mais ces circonstances étaient si peu marquées qu'une attention superficielle n'en eût pas tenu compte. Le malade était très inquiet sur son état, parce qu'il avait eu quinze ans auparavant une inflammation de la gorge si intense, qu'il avait failli périr. Je lui ordonnai de mettre *sept à huit* sangsues sur le larynx et prendre une médecine apéritive.

Le jour suivant entre onze heures et midi, je vis le malade chez lui, il était un peu plus mal, mais sa respiration ne paraissait pas laborieuse et son pouls était peu accéléré, je lui prescrivis un plus grand nombre de sangsues, mais il préféra être saigné; on tira douze onces de sang de son bras et l'on mit un vésicatoire sur le cou. Il fut saigné selon son désir trois fois ce jour là et il perdit trente ou quarante onces de sang. Le sang des deux premières saignées était couenneux mais non celui de la troisième. Je le vis le soir, entre dix et onzes heures; le malade était encore plus mal; sa respiration était laborieuse et l'on entendait un bruit particulier qui paraissait causé par le larynx. Je prescrivis un émétique pour le débarrasser des mucosités qui paraissaient se trouver dans la trachée ou dans le larynx, une médecine calmante à prendre toutes les trois heures et l'inhalation de la vapeur d'une décoction de têtes de pavots mêlée avec du vinaigre et la teinture de mirrhe.

Le jour suivant je le trouvai pire, et je lui demandai alors de me permettre d'appeler un autre médecin en consultation; je vis le docteur Reynolds à six heures du soir, la position du malade avait encore empiré, sa respiration était très laborieuse et il était souvent menacé d'étouffer. Le docteur Reynolds recommanda quarante gouttes de laudanum, je fus de son avis; le malade fut mis ensuite dans un bain chaud et il prit encore une autre dose de laudanum ce qui fit 90. A dix heures du soir il était moins mal, et respirait plus aisément. A la consultation suivante je prescrivis l'opération de la bronchotomie, à laquelle consentit le docteur Reynolds, si les opiacés ne faisaient pas plus de bien. Dans la nuit la maladie s'aggrava, M. Steggart qui ne l'avait pas quitté, envoya vers M. Home ou M. Wilson pour faire l'opération de la bonchotomie, M. Wilson n'était pas en ville et M. Home

vint à quatre heures du matin, mais il trouva le malade si bas qu'il jugea inutile de faire l'opération ; le malade mourut à six heures du matin le 19 juillet.

Le 20 on fit l'ouverture du corps en présence de MM. Home, Wilson, Steggart, Brodie et Baillie. La partie postérieure de la surface supérieure de la langue était un peu rouge, mais la langue n'était pas augmentée de volume; les amygdales et les voiles du palais étaient enflammés ; l'épiglotte était épaissie, droite, de manière à laisser la cavité du larynx non couverte; la membrane interne du larynx était très enflammée et épaissie, il y avait un peu de fluide *purulent* épais, dans les ventricules du larynx. Les bords coupés du larynx étant rapprochés, la cavité de la glotte était entièrement oblitérée par l'épaississement de la membrane interne du larynx. La membrane de la trachée était aussi enflammée, à un moindre degré. En ouvrant la poitrine, les poumons ne s'affaissaient pas mais ils étaient sains dans leur structure.

Nous ferons peu d'observations sur ce qui précède, nous réservant de les faire comparativement plus tard; mais nous rapellerons cependant que cette observation est une de celles rapportées par Baillie et qui avaient fait conclure à ce médecin que les saignées étaient peu utiles. L'autopsie qui nous présente du *liquide purulent* dans les ventricules, prouve incontestablement que le traitement antiphlogistique a été trop faible, puisqu'il n'a pas empêché l'imflammation de suivre son cours.

7e Observation. *Cynanche laryngienne. Guérison.*

Traitée par le docteur ARNOLD.

M. Boughton, fermier de Cliffe, village situé à huit milles de Stamford, était à Woodsale, le jeudi 16 janvier 1817, où il dit avoir pris froid ; le 17 il alla néanmoins au marché de Stamford, revint à la maison et prit le thé avec sa famille; après le thé il passa quelques heures avec un de ses voisins et but du rhum. Le soir il prit encore quelque nourriture et but encore de l'âle chaude : l'âle est une bierre très forte. Pendant la nuit, il se plaignit de sentir un gonflement de la gorge, ce gonflement s'accrut le samedi, et à trois heures de l'après midi, il vit l'apothicaire qui lui ordonna les remèdes ordinaires pour les maux de gorge simples. A neuf heures du soir, pendant qu'il

se gargarisait, il sentit qu'il ne pouvait avaler. Pendant qu'il faisait des efforts pour faire pénétrer quelques gouttes, il fut saisi d'un violent spasme des muscles de la déglutition, et d'un spasme semblable des muscles de la poitrine, et tel était le sentiment de suffocation qu'il éprouvait, qu'il se croyait à chaque instant près de mourir; il demanda qu'on ouvrit la fenêtre, enfin on le porta dans la cour, où il restait couché dans la plus grande agonie, s'attendant à chaque instant à rendre son dernier soupir.

Ce paroxysme qui était si alarmant pour lui et ceux qui l'entouraient, continua dans cet état de violence pendant deux heures. L'apothicaire arrivant, lui tira dix onces de sang et le paroxysme cessa, on m'envoya chercher en toute hâte et j'arrivai chez le malade à neuf heures du matin le 19.

Je le trouvai assis, se plaignant de mal de gorge, de ce qu'il ne pouvait rien avaler, et pour se servir de son expression, de ce que sa gorge était bouchée. En examinant je ne découvris aucune apparence d'inflammation ou de tumeur des tonsilles, de la luette ou du voile du palais; l'aspect de la gorge était naturel. Je m'efforçai de déprimer la base de la langue tout en la faisant tirer au dehors afin de voir, s'il était possible, l'état de l'épiglotte, mais le malade ne pouvait supporter la moindre pression, il disait que la cuillère touchait l'endroit malade qui était extrêmement douloureux et qui semblait, disait-il, sortir de sa place quand je cherchais à l'examiner.

Sa voix était rauque, mais cependant plus forte que ce que l'on appelle la voix basse; *il crachait* sans cesse des mucosités épaisses et gélatineuses; son pouls était à cent dix, d'une force modérée et la peau chaude.

Quand je lui demandai où il sentait le mal, il indiqua la place du cartilage thyroïde; il dit que sa gorge était fermée là et qu'il ne pourrait jamais avaler de nouveau. En regardant le sang qui avait été tiré à neuf heures, je trouvai un caillot modérément ferme, sans couenne et sans séparation en serum et en crassamentum.

Je lui donnai une faible quantité de fluide, mais il le rejeta par les narines, et l'effort qu'il fit pour avaler produisit un spasme qui fut suivi de maux de cœur et de vomissements de matières vertes.

Étant convaincu, par l'ensemble de tous ces symptômes, que j'avais à faire à un cas grave de laryngite, et que conséquem-

ment je n'avais pas de temps à perdre, je fis saigner le malade sur-le-champ et en ma présence. Quand on eût tiré vingt onces de sang, le malade était prêt de s'évanouir, je fis alors arrêter la saignée ; je demandai au malade s'il se sentait soulagé, et il me répondit que la douleur de la gorge était considérablement diminuée; pensant que c'était une belle occasion pour le faire essayer d'avaler et désirant lui faire prendre une dose de muriate de mercure aussitôt que possible, je mis dix grains de ce médicament dans une petite quantité de jus de prunes de Damas conservées, je l'engageai à mettre cela dans sa bouche, de l'y laisser, de ne faire aucun effort violent pour avaler, d'attendre et de voir s'il ne pourrait pas le faire passer lentement. Après l'avoir gardé quelques minutes dans sa bouche, je l'engageai d'avaler doucement, il le fit, et une partie de ce qu'il avait dans la bouche passa; dans une seconde tentative, le tout fut avalé, mais non sans qu'il y eût un paroxysme, de la dyspnée, un sentiment de suffocation, il lui semblait que la médecine était encore dans la gorge. Encouragé par un résultat aussi favorable, j'ordonnai un lavement purgatif afin de le soulager d'un sentiment de pesanteur qu'il sentait dans le rectum, en même temps je lui ordonnai de reprendre le calomel toutes les quatre heures, à la dose de dix grains.

Avant de quitter le malade, sa gorge commençait de nouveau à s'embarrasser et il se plaignait qu'elle allait se *boucher* de nouveau et qu'il ne pourrait plus avaler; son pouls était très faible, et considérant combien les symptômes de débilité se manifestaient rapidement dans de semblables attaques, je craignis que le malade ne put supporter une autre saignée.

Je fis mettre douze sangsues sur la partie supérieure de la trachée, après cela un vésicatoire sur le sternum, j'ordonnai un nouveau lavement purgatif dans trois dans trois ou quatre heures à moins que le calomel n'eût agi auparavant.

Il était à peu près trois heures du matin quand je quittai le malade, je revins le voir à 11 heures, il se plaignait encore de douleur à la gorge, mais elle était moindre et bien qu'il dit ne pouvoir avaler, il avait pris une autre dose de calomel; les lavements avaient produit de légères évacuations, mais pas d'action purgative; les sangsues appliquées, on avait laissé couler le sang par les ouvertures qui étaient encore non fermées quand j'arrivai. La voix était moins rauque, son pouls était à cent. Comme c'était l'heure de prendre sa troisième dose, je fus

heureux de voir qu'il pouvait le faire avec plus de facilité quoiqu'il fut obligé à des efforts qui redonnaient toujours le sentiment de la suffocation; le malade disait que les sangsues l'avaient autant affaibli que la saignée.

Je laissai alors le malade avec quelque espoir, et je plaçai toute ma confiance dans le calomel qui devait exciter les glandes salivaires; j'ordonnai de le continuer à la dose de dix grains toutes les quatre heures, j'ordonnai aussi de remettre les sangsues si dans la soirée il y avait recrudescence.

Le 20, j'eus la satisfaction de voir mon malade avalant du thé avec un grand plaisir, sa gorge était moins douloureuse que le jour précédent, le calomel avait agi et produit une grande quantité de bile verte noirâtre d'une grande fétidité. Il y avait tendance au ptyalisme et le malade se plaignait de la sensibilité de ses gencives. Une chaleur égale était répandue sur la surface du corps, son visage était bien, son pouls à cent dix d'une force modérée, la langue un peu chargée; je lui fis donner une potion saline avec une faible quantité de liqueur antimoniale, une soupe au lait ou du thé pour nourriture. J'ordonnai une dose de jalap pour le jour suivant, qui devait être répétée si c'était nécessaire; je recommandai aussi d'appliquer encore des sangsues sur la partie supérieure de la trachée et si la douleur persistait on ne devait pas hésiter à les mettre deux fois, car je ne pouvais pas revenir le jour suivant. Le calomel fut discontinué.

Le 22, le malade était convalescent, il avait du ptyalisme. La douleur était passée, il pouvait avaler, sa voix était revenue et naturelle; il se sentait si heureux dès ce moment, il n'a eu aucune rechute, il s'est parfaitement rétabli et sa santé s'est améliorée sensiblement, comparativement à son état antérieur avant l'invasion de sa maladie.

8e Observation. — *Cynanche laryngienne et tonsillaire.*

Dans le mois de mai, 1834, un capitaine de la marine royale Anglaise que je voyais souvent, entra un jour chez moi, sa voix était rauque, la figure rouge, les conjonctives injectées, il se plaignait d'un violent mal de gorge et ne pouvait avaler, sa respiration était difficile mais non bruyante. Le malade était très sujet aux maux de gorge ainsi que tous ses enfants; je le saignai sur-le-champ jusqu'à *syncope* et deux heures après la saignée

j'administrai un éméto-cathartique. La saignée avait notablement diminué tous les symptômes, l'éméto-cathartique les diminua davantage encore, et le lendemain des soins hygiéniques suffirent pour le rétablir. Je ne prétends pas mettre l'observation que je rapporte au niveau des précédentes pour la gravité et l'importance, je la cite seulement à cause de la promptitude à me déterminer à la saignée jusqu'à syncope. Dans un pays où les variations de température sont fréquentes et instantanées, les affections du larynx sont communes et je n'ai jamais hésité à saigner largement lorsque je trouvais de la douleur au larynx, du gonflement des amygdales, de l'aphonie ou de la raucité, surtout quand *la déglutition* était difficile et quand le sujet était vigoureux.

Pendant que j'écrivais ce mémoire, août 1836, j'ai été appelé pour donner des soins à un artiste; ce jeune homme était sujet aux maux de gorge, ayant eu froid en prenant des esquisses avec un de ses amis, il crut le premier soir pouvoir se débarrasser de son mal de gorge en buvant, en se couchant, un verre de *grog* ou de rhum avec de l'eau chaude. Le lendemain il était plus malade; lorsque je le vis, il respirait avec peine, avalait difficilement; sa face était blanche, ses yeux brillants, la conjonctive injectée, l'arrière gorge enflammée, d'un rouge violet. Je débutai par une saignée jusqu'à *syncope*, il était onze heures du matin; après la saignée, un lavement purgatif, des bains de pieds, le lendemain il respirait plus aisément, avalait de même et se croyait déjà débarrassé, lorsque l'inspection de la bouche me la montra encore enflammée. Le pouls était d'ailleurs assez fort, je ne le saignai point de nouveau mais lui donnai pendant trois jours de suite, un éméto-cathartique qui procura des selles abondantes. La semaine suivante, il avait repris ses occupations.

9e Observation. *Cynanque laryngienne. Mort.*

Traitée par M. WOOD.

Thomas Cooper fut reçu à l'hôpital de St.-Barthélemy en novembre 1830, ayant un ulcère provenant d'une blessure qu'il avait reçue un an avant son entrée à l'hôpital, et qui avait mis à découvert le ligament de la rotule; ayant toujours vécu dans un air pur et étant accoutumé à beaucoup d'exercice, le repos du lit le fatiguait beaucoup; il se plaignait d'avoir pris froid, sa

voix était rauque. Je fus appelé un soir pour voir le malade, une heure après la visite du chirurgien interne, qui comme moi ne s'était point douté du danger du malade. Il fut mis sur son lit, la tête élevée, sa respiration était difficile, il ne pouvait parler, sa physionomie exprimait la plus grande anxiété. Je retirai sur-le-champ de quarante à cinquante onces de sang et le malade ne tomba pas en syncope, mais il fut soulagé. Je fis appliquer des sangsues et un vésicatoire sur le sternum. Le malade fut pendant plusieurs heures sous l'influence de l'émétique et pris plusieurs doses de calomel. Il paraissait aller mieux, mais la troisième nuit après sa première attaque suffocante, il retomba tout-à-coup en arrière pendant qu'il buvait une tasse thé et il expira.

La seule chose que je pus découvrir après la mort, était une augmentation de vascularité et d'épaisseur de la membrane interne du larynx qui était un peu *ulcérée* au-dessous de l'épiglotte.

Cette observation est rapportée par M. Wood qui avoue sans détour qu'il ne connut pas la gravité de la maladie; l'ulcération nous prouve que l'inflammation avait marché avant même que le traitement antiphlogistique fut administré.

10e Observation. *Cynanque laryngienne. Guérison.*

Par Thomas WILSON.

Le 23 janvier je fus appelé pour visiter un homme âgé de vingt-quatre ans, d'un tempérament sanguin et d'une forte constitution. Peu de jours auparavant il avait été exposé au froid et à la fatigue, le 24 il était pris de mal de gorge et d'un peu de fièvre. La douleur de la gorge devenait plus sévère à chaque moment, il respirait avec une grande difficulté, il ne pouvait rien avaler quoique ayant très soif, il pouvait à peine parler et à voix basse.

En regardant l'intérieur de la bouche, je fus surpris de ne rien remarquer qui fut en rapport avec les symptômes. Il y avait un peu d'inflammation et de gonflement des amygdales, le voile du palais et les parties reculées de la gorge étaient un peu enflammées sans augmentation du volume apparente. Il n'y avait, ni toux, ni douleur dans la poitrine. Quand je lui demandai de mettre son doigt sur le siége de la maladie, il indiqua le siége de

la glande thyroïde. Sa langue était pleine, son pouls petit et vif.

Je le saignai jusqu'à *syncope*. Je lui ordonnai de tremper une petite pièce de flanelle dans de l'huile ammoniacale, de l'appliquer à la partie extérieure de la gorge et de le répéter toutes les deux heures. Je lui ordonnai une potion laxative, mais il ne pouvait l'avaler, j'avais de la peine à le croire et je l'engageai à tenter de prendre du gruau. Après plusieurs tentatives désespérées, je fus convaincu de mon erreur, car la boisson était rendue par les narines et le malade était sur le point d'être suffoqué. Je lui prescrivis des inspirations de vapeur de vinaigre et d'eau et de tenter d'avaler le purgatif s'il le pouvait.

Le soir fort tard j'appris qu'il n'avait rien pu prendre et que la difficulté de respirer était augmentée. J'envoyai alors un large vésicatoire pour être appliqué sur la partie affectée, avec ordre de ne pas l'enlever jusqu'à ce qu'il eut produit son effet. Je prescrivis aussi un lavement.

Le 26, le vésicatoire avait produit beaucoup d'effet, une abondante sécrétion, le lavement avait opéré, la difficulté de respirer et la douleur da la gorge étaient diminuées. Il pouvait avaler par intervalles, quoiqu'avec douleur et gène. L'aspect de la bouche et de la gorge était le même que le jour précédent, mais la membrane enflammée de la gorge était plus brillante. En abaissant la base de la langue avec une spatule, je découvris l'épiglotte du volume d'une petite prune, rouge et lisse; les parties environnantes avaient la même apparence. Comme la difficulté de respirer n'était plus un mystère pour moi, je compris que la déglutition était interrompue par l'hypertrophie de l'épiglotte et des parties voisines; bien que le malade fut mieux, il était plus abattu par cette maladie que je n'aurais pu le supposer en peu de temps. Sa voix était faible et à peine pouvait-on l'entendre.

Le lavement fut répété immédiatement et retenu pendant quinze ou vingt minutes, je fis prendre au malade un gargarisme astringent, et l'engageai à en avaler une faible quantité dès que ce serait possible.

Le 27, il était mieux. L'épiglotte était considérablement diminué de volume, la difficulté de respirer et la douleur avait presque cessé. Le vésicatoire donnait beaucoup et les lavements avaient produit des selles ainsi que le purgatif, le gargarisme avait été employé fréquemment. La mixture laxative et les gargarismes furent continués ainsi que le vésicatoire.

Depuis le 27, il s'est rétabli progressivement conservant seulement peu de douleur, mais un peu de faiblesse et de difficulté pour respirer. Sa voix est restée plus faible qu'avant.

On voit d'après cette observation que les prompts secours sont une des garanties du succès. Si l'on néglige la saignée au commencement, plus tard il ne sera plus possible de la faire avec avantage. A mesure que le gonflement du larynx augmente le sang devient moins propre à stimuler le côté gauche du cœur et le système artériel. La saignée à une période avancée, ne met pas seulement la circulation en danger, mais elle est inutile ou nuisible à l'affection locale, car un certain degré de vigueur est nécessaire pour pousser le sang dans les vaisseaux debilités et enflammés. C'est alors que les vésicatoires sont bien indiqués. Les gargarismes ont également soulagé le malade, ainsi que les laxatifs. Qui ont sur les maladies du larynx un effet plus marqué qu'on ne le suppose.

Si nous résumons maintenant ce qui doit résulter des observations qui précèdent nous y trouvons une instruction réelle. Dans tous les cas cités, un froid, un arrêt de transpiration sont la cause de la laryngite. On est étonné de voir la similitude des symptômes dans neuf observations. Mal de gorge, *douleur au larynx*, déglutition difficile ou impossible; aphonie ou raucité de la voix, spasme, sensation de strangulation, crainte de suffocation, tous les malades sont frappés de stupeur. Washington s'attend à mourir et ne se soumet à ses médecins que par devoir, Pitcairn annonce qu'il a un croup, John-Machamara Haye se voit à chaque instant près de périr, Broughton croit qu'il ne pourra plus avaler et qu'il va rendre le dernier soupir. Chez plusieurs la maladie marche rapidement et s'annonce violente dès le début, chez Pitcairn seulement son début est insidieux.

Quant au siége de la maladie, ils l'indiquent tous au larynx, à la pomme d'Adam, ils le montrent avec le doigt.

Un des symptômes les plus constants, c'est le spasme, quelquefois il a lieu quand le malade tente d'avaler; chez le Dr. Haye c'est lorsqu'il s'endort.

Cet état spasmodique est un des symptômes qui peuvent le plus indiquer leur erreur, car ce spasme est-il un effet nerveux? Dépend-il du cerveau ou de l'inflammation? L'idée que le spasme est un état nerveux porte les praticiens à administrer les narcotiques et cependant dans les observations citées, le spasme

ne cède en réalité qu'à la saignée, ou aux déplétions sanguines et ne dépend évidemment que d'un état inflammatoire.

Dans ces morts subites par suffocation la glotte est-elle entièrement fermée ? Faut-il qu'elle le soit complétement ? L'occlusion de la glotte n'eut pas lieu chez Pitcairn, du moins l'autopsie ne le prouve pas, elle fut presque complète dans J. Haye. Mais dans les autopsies l'inflammation de la membrane interne de la partie supérieure du larynx se montre toujours avec épaississement. L'épiglotte est droite, roide, un peu hypertrophiée, elle laisse l'ouverture de la glotte libre, la suffocation vient donc de l'hypertrophie des parois du larynx, de la glotte seule?

Le traitement des trois individus qui ont succombé, de Washington, Pitcairn et J. Haye, fut-il assez énergique, fut-il approprié ? S'il reste du doute pour Washington, il ne peut y en avoir pour Pitcairn qui mourut en quelque sorte sans secours, et dans le cas de J. Haye, il est évident que les sept premières sangsues ne pouvaient enrayer la maladie. Les considérations que nous venons d'esquisser, sont autant de points importants qui méritent considération et sur lesquelles nous allons revenir. Comme étant le résultat des observations réunies dans ce mémoire et comme étant aussi les éléments d'une indication thérapeutique, énergique et rationelle. Quant à Thomas Cooper, M. Wood avance avec une franchise qui lui fait honneur que ce malade est mort parce qu'il n'a pas soupçonné la gravité de sa maladie. Les moyens employés eussent été convenables, s'ils l'eussent été à temps. L'observation de Thomas Wilson, nous signale une saignée faite jusqu'à *syncope* presque dès le début. L'usage des lavements laxatifs et des purgatifs sont des auxiliaires puissants dont nous examinerons l'importance et l'utilité.

La laryngite aiguë est à peine connue en France, et à peine décrite par les auteurs. Renauldin dans le grand *Dictionnaire des Sciences médicales*, consacre seulement quelques lignes à cette espèce d'angine. Les modernes se jettent dans des divisions interminables, comme si l'inflammation se limitait *exactement à la membrane interne*, ou si elle affectait le tissu sous-muqueux indépendamment d'autres parties, et le labyrinthe que produisent ces subdivisions est augmenté sans que le jeune praticien ait un fil pour se conduire.

Nous entendons par laryngite *aiguë*, en pratique, l'inflam-

mation avec gonflement et épaississement de la membrane muqueuse du larynx et celle du tissu cellulaire sous-jacent. Les distinctions anatomiques et la séparation de cette inflammation double, en inflammation de la muqueuse et inflammation du tissu cellulaire, ne nous paraissent pas d'une utilité pratique et nous la laissons aux écoles. Cette maladie attaque principalement les adultes et mérite d'autant plus d'être étudiée, que les symptômes en sont graves, la marche rapide et la terminaison souvent fatale. Quand la laryngite n'affecte que la muqueuse, elle est généralement catharrale et peu grave, c'est alors une simple inflammation, elle est fréquente pendant le printemps, au commencement de l'hiver, et pendant les saisons où de subites variations de température ont lieu. Cette laryngite simple est commune à Londres, et prend le nom d'*influenza de cough*, parce qu'elle est compliquée de bronchite. La laryngite aiguë que l'on pourrait appeler *maligne* à cause de sa gravité, n'est presque jamais compliquée de bronchite. Elle se manifeste assez souvent à la suite d'une fièvre gastrique, d'une scarlatine, elle coïncide également avec l'érysipèle et les fièvres éruptives ; en Angleterre les enfants meurent quelquefois d'une laryngite après avoir bu de l'eau bouillante, mais la laryngite simple ou membraneuse qui suit un coryza et qui se présente avec une bronchite n'est pas dangereuse. La laryngite mercurielle, celle produite par les boissons alcooliques, comme la laryngite scrophuleuse et syphilitique, ne sont que membraneuses et ne deviennent graves qu'à l'état chronique, où elle prennent communément le nom de phthisie laryngée et constituent une des variétés de l'œdème de la glotte.

Certes, les variétés ne manqueraient pas, si l'on voulait en établir d'après les caractères anatomiques ou d'après les maladies concomitantes. Après les circonstances que nous avons citées et qui semblent prédisposer à la laryngite, les causes les plus fréquentes qui produisent cette maladie sont l'exposition au froid, l'arrêt de transpiration générale ou la suppression d'une transpiration partielle, les changements fréquents et subits de température; les personnes sujettes aux amygdalites sont plus prédisposées aux laryngites. La maladie est quelquefois légère, elle commence par un simple enrouement, souvent le malade ne s'aperçoit du danger que lorsqu'il ne peut respirer ou lorsqu'il suffoque, l'inspiration est plus longue à se faire. Le malade indique de la main le siége de son mal, la voix s'altère pro-

gressivement, quelquefois le malade ne peut avaler, et dès qu'il le tente, il est saisi de spasmes convulsifs qui l'effrayent ainsi que ceux qui l'entourent, la respiration devient de plus en plus laborieuse, la physionomie du malade montre la plus grande anxiété, la figure est pâle, les lèvres immobiles, ses yeux sortent pour ainsi dire de la tête, le pouls est petit, faible, fréquent, la peau généralement froide; la dysphagie est un des symptômes qui indiquent surtout sa gravité, et qui sert, chez les enfants, à faire distinguer la laryngite aiguë, simple, de la laryngite croupale. Mais chez l'adulte, le croup ne se rencontre presque jamais malgré l'assertion de Valentin qui avait regardé, à tort, la laryngite de Pitcairn comme un vrai croup. La dysphagie est incomplète ou complète, dans le premier cas, elle peut se rencontrer avec l'amygdalite et l'œsophagite, dans le second cas, elle est un des symptômes les plus graves de la laryngite. La dysphagie et le spasme de la glotte, dépendent principalement de l'action des nerfs excito-moteurs décrits par Marshall Hall. L'irritation inflammatoire peut comprimer ces nerfs, mais le moindre contact étranger les excite et cause la contraction des muscles œsophagiens, aussi toute tentative pour faire avaler doit-elle être suivie de spasme. La laryngite aiguë peut être distinguée de la laryngite croupale en ce qu'elle se présente avec une déglutition difficile, la supression prompte de la voix, l'absence de toux, la dyspnée étant permanente et rapidement croissante, mais sans bruit sifflant comme dans le croup. Dans cette dernière affection, au contraire, la déglutition est libre, la voix n'est pas éteinte, mais tremblante, aiguë; la toux a un bruit particulier, ressemblant au glapissement d'un jeune chien; la difficulté de respirer se fait remarquer par un bruit particulier, et alterne avec des paroxysmes de suffocation, enfin la première n'affecte presque jamais la trachée et les *bronches*.

Le croup affecte l'une et l'autre, et consiste principalement dans la sécrétion d'une fausse membrane qui tapisse l'intérieur de la trachée et du larynx. Le croup est une maladie de l'enfance, la laryngite une maladie de l'âge adulte, l'âge peut donc aider à la distinction. Quant à la laryngite scrophuleuse, syphilitique, elles se présentent avec des caractères particulier; l'état général de la constitution, les circonstances commémoratives, et dans l'une comme dans l'autre, il y a une toux sèche qui fatigue beaucoup le malade, mais ces symptômes se présentent longtemps avant que la maladie soit devenue grave et n'ont pas ce

caractère de soudaineté que l'on remarque dans la laryngite aiguë.

Bien que ces caractères différentiels soient assez distincts, il arrive quelquefois d'être induit en erreur par l'existence d'un polype sous l'épiglotte, d'une tumeur cancéreuse dans l'un des ventricules, par des excroissances fongueuses, syphilitiques et osseuses; quelquefois la dysphagie est attribuée à la tuméfaction d'une amygdale, ainsi que la difficulté de respirer. Travers rapporte l'observation d'une femme qui ne pouvait avaler et respirer qu'avec beaucoup de peine, on attribua ces symptômes à l'hypertrophie d'une amygdale que l'on enleva, après l'opération, la difficulté de respirer et d'avaler fut la même, elle mourut en peu de jours, et l'on trouva les cartilages cricoïdes et arythénoïdes hypertrophiés et ossifiés.

On trouve dans les musées de Londres plusieurs préparations d'hypertrophie et d'ossification du larynx.

Les caractères pathologiques présentent toujours l'épaississement de la membrane interne du larynx et celui du tissu cellulaire sous-jacent. La laryngite aiguë participe donc de l'inflammation des deux tissus, membrane et tissu cellulaire; et sous ce rapport, comme sous le rapport de sa gravité, elle peut être assimilée hardiment à l'érysipèle phlegmoneux si bien décrit par M. Lawrence. Lorsque l'inflammation n'attaque que la muqueuse, la laryngite est peu grave; elle est humide, catarrhale. La laryngite que nous décrivons est *sèche*. Washington, Haye, Pitcairn, ont succombé à une laryngite aiguë *sèche*. Dans les laryngites aiguës suivies de mort et rapportées par les auteurs, on ne parle pas d'expectoration.

Mais si l'on prend pour guides les autopsies faites par Fare, Baillie, Portes, on rencontre comme caractères pathologiques le gonflement et l'inflammation de la base de la langue, du voile et de l'arche du palais et de l'arrière-gorge. L'épiglotte épaissie et droite cesse de protéger l'ouverture de la glotte. La membrane muqueuse qui recouvre la glotte, le larynx et l'épiglotte, est épaissie et vasculaire. Au-dessous de la membrane muqueuse se trouve une infiltration de sérosité. C'est à cette dernière circonstance, considérée d'une manière isolée, qu'il faut attribuer l'erreur de Bayle qui a décrit plusieurs laryngites inflammatoires aiguës, comme étant des œdèmes de la glotte; et l'on doit à M. le professeur Bouillaud d'avoir signalé cette erreur. L'épaississement de la membrane muqueuse et la distension du tissu

sous-muqueux, par suite d'inflammation et d'infiltration, amènent les parois de la glotte en contact et oblitèrent presque complétement le passage de l'air. Mais comme cela arrive souvent dans quelques érysipèles phlegmoneux, la rougeur disparaît après la mort, et il ne reste que le gonflement causé par l'infiltration sous-muqueuse. Aussi y a-t-il tout lieu de s'étonner que Bayle ait conservé à la maladie dont il s'agit le nom d'œdème, surtout quand il annonce lui-même avoir *trouvé des taches rouges et des vaisseaux injectés dans le larynx, comme aussi des abcès dans cet organe, et la carie des cartilages, etc.*

On a trouvé quelquefois de la lymphe coagulable dans le larynx. Le docteur Fare en cite un exemple dans le troisième volume des *Transactions médico-chirurgicales*. MM. Double et Latour en citent également des exemples. Nous avons vu nous-même des pièces pathologiques qui ne laissent aucun doute ; et c'est sans doute à cette circonstance qu'il faut attribuer l'opinion des auteurs qui pensent que le croup peut attaquer les adultes.

La laryngite, celle que nous avons décrite, et le plus grand nombre des cas rapportés par Bayle, est bien une inflammation *phlegmoneuse du larynx*. Lorsque l'inflammation se borne à la membrane, elle peut altérer la voix, produire de la gêne pendant la respiration, être accompagnée de spasme, mais elle n'est pas grave. Lorsqu'au contraire le tissu sous-muqueux est enflammé, que la difficulté de respirer est permanente, que la déglutition ne se fait pas, le rétrécissement de la glotte peut amener l'asphyxie, ou diminuer tellement la quantité d'air nécessaire pour l'oxigénation du sang, que ce dernier reste en partie à l'état veineux ; et se trouvant entraîné dans sa circulation à un état imparfait, il doit produire cette somnolence invincible, comme nous l'avons remarquée dans l'observation de M. Haye, ou encore une infiltration séreuse dans différents organes.

Chez les individus que M. Lawrence a examinés après la mort, et qui avaient succombé à une laryngite par suffocation, la membrane qui couvrait les cordes vocales était épaissie de manière à fermer la glotte. Cet épaississement s'étendait sur les parties voisines, et s'accompagnait d'un épanchement *œdémateux* de la substance cellulaire sous-membraneuse.

La rougeur se montre rarement dans la laryngite aiguë, car l'inflammation de la glotte est semblable à celle du scrotum, du prépuce et des paupières ; et c'est sans doute cette infiltration d'un aspect particulier, que Bayle n'avait point notée, et qui

lui a fait prendre des laryngites aiguës ou chroniques, pour un œdème, qui est très rare. Nous avons vu des préparations pathologiques dans les musées de Londres, représentant l'occlusion du larynx par l'épaississement de la membrane interne. On en trouve des exemples dans les musées de l'hôpital de Guy et de Saint-Barthélemy. Plusieurs préparations qui sont enregistrées sous le nom d'*œdème de la glotte*, appartiennent évidemment à la laryngite aiguë; et il suffit d'en lire les observations pour les reconnaître.

Il nous paraît très important que l'on ne soit point induit en erreur par le nom d'œdème. Il faut que l'on ait des idées bien arrêtées sur cette maladie, cynanque laryngienne ou laryngite aiguë, parce que l'expérience a prouvé que les demi-moyens n'arrêtaient pas le mal, et que l'hésitation était mortelle.

L'œdème ne présente pas cet état de tension que l'on remarque dans l'inflammation aiguë de la membrane muqueuse du larynx et du tissu sous-jacent. Cette tension est, sans contredit, un des caractères phlegmoneux de la maladie, et Bayle l'a indiquée sans s'en douter quand il a dit : *un tissu cellulaire extrêmement dense retient le liquide dans un réseau très serré dont il semble que les aréoles ne communiquent point ensemble.* Enfin nous n'hésitons pas à conclure de nos recherches et de ce qui précède, que la laryngite aiguë est de nature phlegmoneuse, et que la double inflammation de la membrane muqueuse et du tissu cellulaire sous-jacent peut hardiment être comparée à l'érysipèle phlegmoneux qui affecte tout à la fois la peau et le tissu cellulaire. Quant à l'œdème de la glotte proprement dit, cette maladie est une des variétés de la laryngite chronique que nous nous proposons d'examiner plus tard.

Traitement.

Quand on voit une phlegmasie aussi rapide et aussi rapprochée d'un état phlegmoneux, que faut-il faire, dit Broussais? Question importante et difficile à décider, puisque, s'il est reconnu que les déplétions sanguines peuvent combattre efficacement l'inflammation de la membrane muqueuse, on ne peut s'attendre à voir céder aussi promptement l'épanchement séreux du tissu cellulaire sous-jacent. Il faut imiter la promptitude et l'énergie que la maladie met à se développer, par la promptitude et l'énergie du traitement antiphlogistique. Il faut traiter

cet état phlegmoneux, comme tout phlegmon, à son début; et comme on ne pourrait raisonnablement s'attendre à guérir par les déplétions sanguines un phlegmon dont la matière serait formée, il faut, par les moyens les plus énergiques, obtenir sa terminaison par résolution. L'ouverture de la glotte est si étroite, l'organe du larynx si important que tout retard, toute tergiversation est fatale; et comme on ne peut voir jusque dans le larynx, il suffit de tenir compte des symptômes communs d'inflammation, la douleur locale, le gonflement, la chaleur et quelquefois la rougeur des organes contigus et voisins, pour avoir recours au traitement antiphlogistique. Mais de quelle manière faut-il procéder? Est-ce par des moyens locaux ou par la saignée générale? Il ne faut jamais oublier que dans les inflammations il y a un début, un plein développement et une désorganisation de la partie affectée. Au début, une seule saignée jusqu'à *syncope* suffit souvent pour combattre l'inflammation et pour l'enrayer. Lorsque la maladie est prononcée, la saignée, encore jusqu'à *syncope*, car, non-seulement il faut agir sur l'inflammation de la muqueuse et du tissu cellulaire, mais encore sur le cerveau qui souffre du trouble de l'acte respiratoire. Si nous revenons sur les observations rapportées, ce sont les saignées copieuses dès le début, les saignées à *syncope*, qui nous donnent des guérisons. La saignée de douze onces du président des États-Unis, les sept sangsues de Baillie appliquées le second jour au cou de sir John-Machamara Haye, la saignée tardive de Thomas Cooper, ne pouvaient abattre cette double inflammation. Pitcairn fut saigné, mais trop tard, puisqu'à l'autopsie on trouva dans le ventricule un peu de fluide épais et *purulent*. Dans l'autopsie de Machamara, on trouva également du fluide épais et *purulent* dans les ventricules. Dans l'autopsie de Thomas Cooper on trouva une *ulcération*. En faut il davantage pour reconnaître que les moyens antiphlogistiques ont été insuffisants, parce qu'ils ont été employés avec timidité et trop tard?

Pour combattre l'inflammation aiguë du larynx, la saignée générale doit être employée au début jusqu'à la *syncope*. Le docteur Beck, de New York, rapporte l'exemple d'une laryngite aiguë prostrée ainsi à son début. Le docteur Francis est pris de mal de gorge : douleur, difficulté de respirer et d'avaler, et sentiment de strangulation. Le premier jour (17 novembre) saignée de 40 onces; le soir saignée. Le 18, saignée de 16 onces;

le soir, nouvelle saignée de 16 onces. Le 19 au matin, saignée de 16 onces; le soir, répétition. Le 20, une seule saignée de 16 onces. Le 22, saignée de 12 onces. Enfin convalescence.

Dans les observations citées avec guérison, n'est-ce pas la saignée au début et jusqu'à *syncope*, ou bien répétée, qui a contribué le plus à sauver les malades. Ce serait être incorrect cependant si l'on attribuait à la saignée seule tous ces avantages. Les applications locales de sangsues ont été fort utiles, surtout lorsqu'elles ont été appliquées à l'intérieur, comme dans la troisième observation. On doit reconnaître aussi que les vésicatoires ont pu produire les meilleurs effets. On en a des preuves par l'écaillère de Dublin, par la première attaque de sir John Machamara Haye, et par l'observation citée par Thomas Wilson. Mais est-ce tout? n'y a-t-il plus rien à faire, plus rien à noter? L'expérience apprend que lorsque l'on tire du sang des malades, une réaction s'opère; le fluide de toute l'économie ayant de la tendance à s'équilibrer, fait de nouveau irruption sur l'organe malade et nécessite des médecins de nouvelles déplétions sanguines. Que faut-il faire alors? Employer les dérivatifs purgatifs. dont l'action s'exerce surtout sur le rectum, et l'irritation qui siégera au larynx et à l'œsophage sera considérablement diminuée. Ne le voyons-nous pas dans l'écaillère de Dublin, dans la troisième observation, dans la cinquième, dans la septième et dans la dixième. Dans l'observation de Broughton, l'usage du calomel produisant une dérivation et employé d'ailleurs après la saignée jusqu'à *syncope*, a pu être d'une grande utilité, et c'est sans doute un médicament précieux. Mais les simples laxatifs n'ont-ils pas produit le même effet dans les autres observations de guérison. Quant aux narcotiques ils sont totalement hors de question : peut-être pourrait-on employer la belladone pour combattre les spasmes; mais le laudanum, l'opium n'ont eu aucun effet sur sir John Machamara, et ne sauraient en avoir dans cette affection phlegmoneuse. Les moyens révulsifs à l'aide de purgatifs, peuvent avoir de plus puissants résultats qu'on ne le suppose; et c'est une circonstance dont on tire le plus grand parti lorsqu'on a à traiter quelques maladies des organes de la voix. Il faut avoir étudié l'action des nerfs spinaux que le docteur Marshall Hall appelle *excito-moteurs*, pour connaître toute l'importance des dérivatifs sur le rectum et pour les employer avec une confiance qui n'est point trahie. Mais un des meilleurs moyens, à notre avis, quand l'état général de plé-

thore et d'inflammation a été abattu par une saignée générale jusqu'à syncope, c'est sans contredit l'emploi des sangsues appliquées sur les amygdales ou les parties internes de la gorge. Le chirurgien général Crampton assure que toutes les fois qu'il a appliqué les sangsues aux tonsilles, dans les douze premières heures de l'inflammation, la maladie n'a pas parcouru ses périodes, et il n'y a pas eu de suppuration.

Pour résumer ce que nous venons de dire sur le traitement, nous pensons que le praticien ne doit pas hésiter à employer, dans la laryngite aiguë, les moyens suivants :

1° La saignée jusqu'à syncope. La laryngite aiguë se présentant chez des individus pléthoriques, une forte saignée doit être aisément supportée par le malade. Aussitôt après, il importe de prévenir le retour du sang dans l'organe malade, et alors nous n'hésitons pas à employer les purgatifs, les éméto-cathartiques.

2° Purgatifs employés comme dérivatifs. S'ils ne suffisaient pas, il convient d'avoir recours à la saignée générale, et si l'on craint d'affaiblir le malade, il faut employer les saignées locales sur les surfaces internes.

3° Répétition de la saignée; déplétions locales.

4° Le calomel donné jusqu'à salivation.

5° Vésicatoires rubéfiants sur la région du larynx et sur la poitrine. Le croton tiglium ne nous paraît convenir que dans la laryngite aiguë.

6° Quand les moyens cités n'ont pu réussir, avant d'avoir recours à la trachéotomie, il reste encore la ressource des incisions. Williams Lawrence, qui a la gloire d'avoir ramené en Angleterre les praticiens vers une thérapeutique rationnelle dans l'érysipèle phlegmonenx, n'hésite jamais à employer les incisions profondes. Au début, dit-il, elles préviennent l'extension de l'inflammation, et par suite la suppuration, la rougeur et le gonflement cessent. Ce que Lawrence conseille pour l'érysipèle phlegmoneux externe, Lisfranc l'a tenté pour l'inflammation phlegmoneuse du larynx. Ce célèbre chirurgien assure avoir guéri plusieurs malades par des scarifications faites sur la partie supérieure du larynx.

Enfin la trachéotomie est la dernière ressource des individus chez lesquels le traitement méthodique que nous présentons aurait échoué; mais comme cette opération est souvent l'extrême remède des laryngites chroniques, nous présenterons nos vues à ce sujet dans un prochain mémoire.

DES TUMEURS DURES DE L'UTÉRUS.

Par M. ASHWELL.

La pathologie des tumeurs utérines ne date pas encore de loin. Il suffisait, il y a quelques années, d'indiquer une maladie sous le nom de tumeur utérine, pour qu'elle soit comptée parmi celles que l'on pouvait pallier, mais non guérir; et si nous avons à regretter que nos ressources ne soient encore que bornées, cependant elles sont plus étendues qu'elles ne l'étaient; et sans doute qu'avec du zèle et de la persévérance, on atteindra à des succès plus grands encore. J'ai donné à ces croissances, le nom de tumeurs dures de l'utérus, afin d'éviter toute discussion sur l'exactitude de leur caractère pathologique; et je désire faire comprendre que je n'inclus pas ici le polype utérin, les croissances vasculaires et fongueuses de la tunique muqueuse de l'utérus, celles que Herbineaux appelle vivaces, ni, au fait, aucune espèce de tumeur appartenant à ce viscère.

Si j'eusse nommé ces tumeurs squirrheuses, cancéreuses ou malignes, beaucoup se seraient aussitôt récriés; si l'on me blâme de m'être servi du nom de dures, je m'excuserai, en disant que c'est celui le moins susceptible de discussion. On a peine à éviter d'attacher une idée précise, et peut-être erronée au terme d'induration squirrheuse ou cancéreuse, ou tuberculaire. La dénomination de tumeurs dures, n'exprime qu'un degré de dureté ou de fermeté plus considérable que dans l'état sain, laissant au résultat du traitement, ou aux progrès de la maladie, de nous faire décider de la cause précise de cette dureté. Cet état peut être l'effet d'une inflammation chronique, ou s'il est d'un caractère malin; il peut être encore éloigné de ce degré de malignité qui résiste à tout traitement.

Néanmoins je suis persuadé que si l'on examinait la plupart de ces changements de structure de l'orifice et du col, sans avoir égard à leur traitement, surtout celui par l'iode, on les considérerait comme squirrheux ou malins. Néanmoins je ne m'obstine pas sur ce point, quoique je sois parfaitement convaincu que quelque ait été la nature précise de ces changements, lorsque l'on commença à les traiter par l'iode, sans ce traitement, ils se

fussent changés en ulcérations, ne laissant que peu de chance de guérison à la malade.

Avant que je ne fisse usage de l'iode, surtout en teinture et en onguent sur les tumeurs mêmes, j'ai suivi leur marche; j'ai vu empirer l'induration; je les ai vus s'amollir lentement jusqu'à ce qu'enfin il y a eu rupture de leur surface, et l'ulcération s'en est suivie. Il est inutile d'ajouter qu'après cet événement, l'irritation constante, les écoulements fétides et sanieux amenaient tôt ou tard un résultat fatal. J'ai examiné par le toucher et le spéculum un grand nombre de ces cas de changement de structure; j'y ai apporté le plus grand soin; et après avoir continué mon examen pendant plusieurs années, je n'en suis pas moins disposé à penser favorablement de l'iode.

On ne peut pas douter que cette médication n'exerce presque invariablement une influence très marquée sur le système glandulaire. MM. Serres, Magendie et Duméril, dans le rapport qu'ils ont fait à l'académie royale des sciences, sur le mémoire de M. Lugol, sur l'emploi de l'iode dans les maladies scrophuleuses, font la remarque qu'appliquée extérieurement, son action locale a toujours été très sensible; elle excite sur la surface des ulcères, une cuisson accompagnée de démangeaisons pénibles. Cette application change l'apparence des surfaces malades et produit souvent un effet aussi appréciable que celui du mercure sur les ulcères vénériens; mais il ne paraît pas que son mode d'action soit invariablement le même. Quelquefois, l'iode semble fondre les tubercules, et d'autres fois elle les amène promptement à suppurer. L'iode étendue (disent les rapporteurs) n'a jamais causé d'amaigrissement, ni d'expectoration sanguine, ni aucun des autres accidents qu'on lui impute.

On verra, par l'intitulé de ce mémoire, que j'ai employé l'iode dans les changements de structure des parois du corps de l'utérus, ainsi que pour ceux du col et de l'orifice. Le succès, selon les diverses parties sur lesquelles on agissait, a été tel qu'on aurait pu le supposer d'avance. Dans les parois qui ne sont pas glandulaires, elle n'a produit qu'un certain degré d'effet; elle a arrêté la maladie, et a borné son développement à ce qu'il était avant son emploi; j'ai continué à observer plusieurs de ces cas pendant les deux années suivant l'emploi de l'iode; il ne s'est manifesté aucune activité de la tumeur.

Mais c'est dans les changements de structure de l'orifice et du col que l'iode produit le plus d'effet; et c'est là le point le plus

important. Il peut exister pendant nombre d'années, des tumeurs dures volumineuses dans l'épaisseur des parois, sans qu'elles produisent plus que de la gêne, tandis qu'au contraire, les petites tumeurs dures du col ne tardent pas à éprouver de grands changements. Elles s'irritent, se ramollissent et s'ulcèrent. J'ai déjà dit quelles en sont les suites.

Il convient actuellement que je fasse quelque observation sur chaque classe de ces tumeurs dures de l'utérus.

1° Leur siége est dans les parois utérines; leur résultat est très varié. On a vu des femmes chez lesquelles elles atteignaient à un certain point de grosseur et de dureté, puis en restaient là. Ces malades n'éprouvent que l'inconvénient résultant de sa pesanteur et de la compression occasionelle. J'ai rencontré plusieurs cas semblables dans l'hôpital et dans ma pratique particulière, et autant que j'ai pu m'en assurer, ni la durée, ni les jouissances de la vie ne s'y trouvaient compromises. Dans de pareils cas, on consultera mieux le bien-être et la sûreté de la personne, en n'employant que de simples palliatifs : l'iode, le mercure, et tout autre remède actif et puissant serait déplacé, et compromettrait et la santé du malade et le talent du médecin. Mais malheureusement, il n'en est pas toujours de même de ces maladies; souvent elles existent, sans qu'on s'en aperçoive, pendant des mois, des années; alors vient une époque où leur croissance et ses résultats se montrent si clairement qu'il faut y apporter un secours prompt et efficace. C'est dans de tels cas que j'ai usé de l'iode avec succès, pourvu toutefois qu'il n'y ait pas de gestation. Ceux qui n'ont pas remarqué et observé le cours et le résultat de ces tumeurs, trouveront sûrement étrange que la conception puisse avoir lieu; mais on doit songer qu'elles n'influent que peu sur la santé générale. La menstruation se fait presque aussi régulièrement que lorsque l'utérus n'est pas malade. Il est même remarquable que la grossesse a eu lieu dans des cas où ces tumeurs existaient depuis nombre d'années, et à une époque où l'on pourrait croire que l'aptitude à concevoir n'existe plus.

Que l'on ne croie pas que je prétende exclure tout autre traitement précieux; ce n'est pas là mon but; et ce ne serait pas d'accord avec mes observations : *tout ce que je réclame en faveur de l'iode, dans cette première classe de cas, est, ainsi que je l'ai déjà dit, que dans plusieurs, et même dans tous*

ceux où j'ai été à même de l'employer convenablement, en y joignant parfois la déplétion et un régime doux et réglé, l'iode a arrêté le progrès de la maladie, et a procuré une suspension, au moins temporaire, de ses suites pénibles. Mais nous y reviendrons.

Il est presque inutile d'ajouter que s'il survient une grossesse, tandis que la femme est atteinte de cette maladie, elle est exposée au plus grand danger. Dans les derniers mois de la gestation, les tumeurs se ramollissent; la circulation étant plus abondante, détermine de l'inflammation; il s'en suit une suppuration putride, et la mort suit de près l'accouchement.

Il est bon de particulariser ces deux marches différentes de la maladie, d'autant qu'elle intéresse la santé générale, afin de pouvoir apprécier avec exactitude la pathologie des changements.

Quand on examine, après la mort, celles de ces tumeurs qui, après avoir acquis un certain volume, en restent au même point, on s'aperçoit qu'elles sont vraiment squirrheuses; on y retrouve les lignes blanches membraneuses traversant la tumeur en tous sens, et la dureté qui caractérise le diagnostic du squirrhe. Il est difficile de décider jusqu'à quel point ces croissances diffèrent en malignité des indurations tuberculaires de l'orifice et du col, ou des croissances en choufleur de l'orifice, ou de ces croissances vasculaires et fongueuses dont nous avons déjà parlé. En tous cas, il est certain qu'elles occupent un degré moindre dans la classe des tumeurs malignes, et par conséquent dangereuses. En un mot, il est rare qu'elles s'ulcèrent, circonstance qui nous offre un diagnostic favorable, tandis que lorsque le contraire a lieu, les parties voisines partagent de cet état maladif; et sa nature maligne et son danger sont presque hors de doute. Il arrive parfois dans ces tumeurs des changements pathologiques, sans qu'ils soient accompagnés de développement; mais on s'en aperçoit peu durant la vie; ils consistent d'induration et de grosseur; mais n'y ayant pas plus de volume ni de gêne, ce n'est souvent qu'après la mort que nous en avons connaissance. Aussi trouvons-nous dans les diverses salles de préparations anatomiques, des tumeurs non seulement d'une dureté squirrheuse, mais cartilagineuse, osseuse et même calcaire, qui ont appartenu à l'utérus ou à ses dépendances (hors au col); il y en a dans la salle de l'hôpital de Guy. Voyez *Mémoire sur les tumeurs accidentelles*, par le docteur Hodgkin.

Il n'est pas difficile d'expliquer d'une manière satisfaisante la manière dont se font ces changements. On accordera d'abord qu'il doit y avoir eu un dérangement dans la fonction des artères qui alimentent ce viscère ; alors il suffit de supposer une alimentation moindre de sang, et un changement morbide encore plus grand dans la sécrétion, pour faire comprendre comment il se dépose des substances cartilagineuses, osseuses ou calcaires ; d'autant plus que l'on rencontre rarement ces genres de tumeurs, sans trouver aussi des tumeurs dures ou des croissances malades dans d'autres parties du viscère.

2° Je passerai à quelques observations sur les tumeurs dures de l'orifice et du col.

Quand la structure du col et de l'orifice est malade, elle offre trois espèces d'induration.

1° La circonférence de l'orifice peut être entièrement, ou partiellement dure et rugueuse.

2° Toute la structure du col être endurcie.

3° Il peut s'y rencontrer des tumeurs dures.

Si l'on veut obtenir un diagnostic vrai, il faut avoir une connaissance parfaite de ces parties dans l'état normal, et des variétés que l'on peut y rencontrer, quoique dans un état sain ; il faut songer que sans maladie aucune, on peut trouver le col dur et développé, l'orifice large, dur, échancré et inégalement dur.

Il est presque inutile d'expliquer pourquoi les lésions de structure de cette partie sont plus à redouter que celles du fond et du corps. Les parois ne sont que des parties contenantes, leur structure est adaptée à la fonction qu'elles ont à remplir. A l'exception de la membrane muqueuse qui secrète les règles et le fluide, qui lubréfie la cavité du corps, le tissu de ses parois n'est appelé en activité que dans la gestation, ou l'accouchement dans la grossesse ; ses fibres se développent et se forment en faisceaux plus distincts ; leur couleur, leur élasticité et leur force ressemblent davantage à la substance musculaire des autres parties.

La structure et les fonctions du col offrent un contraste frappant dans ces divers points. Par exemple, la substance du col est plus compacte et plus dense que celle des autres parties ; et comme c'est lui qui sert de base au fond et au corps, il est fortement uni avec le vagin, le rectum et le col de la vessie ; il contient aussi des follicules glanduleuses ou sébacées, qui sécrètent le mucus qui lubréfie les parties dans l'état de vacuité, et

recouvre et ferme l'orifice après la conception. C'est donc à sa structure compacte, à sa situation et à ses glandes, qui constituent une structure compliquée, que nous devons attribuer le danger croissant et le cours rapide de ses lésions organiques. Une tumeur volumineuse qui serait située dans les parois du corps, trouvera assez d'espace pour s'y développer, sans nuire à aucun viscère voisin ; et si elle s'élève au-dessus de la marge du détroit supérieur, elle se logera dans la cavité abdominale, sans gêner aux intestins.

Il n'en est pas de même d'un développement ou d'une dureté du col; il y a compression de la vessie, de l'urèthre, du rectum; leurs fonctions sont interrompues ; il arrive une plus grande quantité de sang à ces parties, dans lesquelles il serait important de diminuer, s'il était possible, même la quantité ordinaire qui y arrivait ; le col et l'orifice sont aussi exposés au frottement, aux écoulements acrimonieux, aux rapports sexuels, circonstances qui toutes augmentent l'état morbide. *Voici donc en quoi l'iode est précieuse ; elle a l'effet particulier cité par MM. Serres, Magendie et Duméril, de fondre et de résoudre les tumeurs dures.*

Il n'y a pas absence de cette cuisson et de cette démangeaison pénible, quand on en frotte le col et l'orifice utérin. D'après ma propre expérience, j'ai trouvé que l'application externe suffisait, surtout si l'on frictionne pendant dix à douze minutes. Quelques malades l'appliquaient avec le doigt ; d'autres, avec un petit pinceau, ou une éponge attachée à une petite tige. Si l'iode est pris par l'estomac, il y a vertige, excitation, irritabilité, et parfois hémorragie nasale, ou expectoration sanguine de la muqueuse trachéale, beaucoup plus tôt que si l'on ne s'en sert que par inonction ; même le dernier moyen manque rarement de produire son effet au bout de quelques semaines. Je me servais de l'onguent prescrit par M. Lugol.

Que l'on ne suppose pas qu'un emploi de l'iode pendant quelques semaines, suffit pour résoudre l'induration, ni que la tumeur disparaît spontanément. J'ajouterai aussi qu'il est important de coopérer par des ventouses sur les lombes, un régime doux et quelquefois lacté, de légers apéritifs, des injections narcotiques, des bains de siége trois fois par semaine. On introduit tous les soirs une portion d'onguent, à peu près de la grosseur d'une petite noix, avec lequel on fait une friction sur le col ; si les accidents que j'ai indiqués se manifestent, on suspend pen-

dant une huitaine ou une quinzaine de jours, et l'on se sert, dans l'intervalle, des apéritifs, des toniques et du régime nutritif. En général, la résolution de l'induration se faisait dans un laps de temps variant de huit à seize semaines ; ce fait dépendait beaucoup de la susceptibilité de la malade et de l'activité du traitement chez elle. Il est à remarquer qu'il y a des individus qui ne reçoivent aucune impression du mercure ; il y en a peu chez lesquels l'iode n'exerce pas son influence.

Je conclurai, en faisant un résumé des observations fondées sur ces cas :

1° L'usage interne de l'iode et son inonction dans les tumeurs dures de l'utérus, est assurément salutaire, et son avantage, si l'on s'en sert convenablement, n'est accompagné d'aucun effet nuisible à la constitution.

2° On peut à peine s'attendre à ce qu'elle fonde les tumeurs des parois du fond ou de la cavité, puisque ces croissances sont parasites, et n'ont pas leur siége dans la structure glandulaire. Tout ce que l'on obtiendra sera de borner son progrès, et d'améliorer la santé générale.

3° L'iode fondra les tumeurs dures du col, et les rugosités endurcies des bords de l'orifice, qui se terminent souvent en ulcères ; ce fait est sûrement des plus précieux.

Observations.

Nous n'ajouterions rien aux observations du docteur Ashwell ; mais il nous paraît étrange qu'après avoir reconnu que par *tumeur dure*, il n'exprime qu'un degré de dureté ou de fermeté plus considérable que dans l'état sain, il ait cru devoir recourir surtout à l'emploi de l'iode, tandis qu'il pouvait les combattre le plus souvent par des applications de sangsues, et les voir se reduire ainsi. Le docteur Ashwell, qui donne un nom commun à toutes les tumeurs dures de l'utérus, préconise un médicament qui s'applique à toutes. Il nous est difficile de croire que l'iode peut réduire le squirrhe proprement dit ; d'autre part, il nous paraît imprudent d'employer l'iode dans l'inflammation chronique de l'utérus, et plus encore dans certains cas de tubercules, que l'*iode amène à suppuration*, comme dit l'auteur. Dans aucun des cas rapportés par M. Ashwell, nous ne voyons pas de motifs de se départir des moyens antiphlogistiques, si puissants pour résoudre les engorgements récents ou chroniques de la matrice.

EFFICACITÉ DE L'IODE DANS LE TRAITEMENT DES TUMEURS DURES DE L'UTÉRUS.

Extrait du Rapport de l'hôpital de Guy.

Ire Observation.

Par M. ASHWELL.

Une femme, âgée de 45 ans fut admise à l'hôpital de Guy le 23 janvier 1834. Elle était mariée depuis onze ans, et n'avait jamais eu d'enfants. Elle était encore réglée; sa santé était bonne; mais elle était sujette à des accès d'hystérie.

Elle s'aperçut, il y a six mois, d'une petite tumeur dure, à peu près de la grosseur d'une orange; elle était située dans la région hypogastrique; comme elle n'en éprouvait ni douleur, ni gêne, elle n'y fit pas attention.

La tumeur est de la grosseur de la tête d'un adulte; elle s'élève au-dessus de l'ombilic, et occupe la partie centrale des cavités pelviennes et abdominales; elle est lobuleuse, mais ferme; et sa compression gêne les évacuations. L'orifice utérin est dur et rugueux; le col est dur, sensible à la pression du doigt. L'utérus est très bas; il y a de la chaleur dans le vagin; sa partie supérieure est douloureuse au toucher. Il y a un *écoulement de matières blanches opaques et purulentes.*

Deux applications de ventouses sur l'hypogastre. On tire dix onces de sang par une saignée du bras. On applique de l'onguent d'iode sur le col de l'utérus et sur la tumeur abdominale. Julep d'iode, une once, trois fois par jour.

10 Février. La santé s'améliore; l'iode détermine des vertiges.

4 Mars. La malade va sortir de l'hôpital; elle est en meilleure santé qu'avant l'usage de l'iode; on continuera à la saigner chez elle.

22 Mars. Les règles ont reparues, il y a quelques jours. La tumeur est bien diminuée; elle est à plus d'un pouce au-dessous de l'ombilic. Elle est plus molle, et ses lobes sont plus distincts. La malade ressent beaucoup moins de compression et de distension; elle présume que l'amélioration est due, en grande partie, à la position horizontale qu'elle conserve depuis deux mois. C'est à l'intérieur que l'on remarque le plus de change-

ment. L'orifice est moins gonflé; ses bords sont moins rugueux et irréguliers; et l'induration est tellement diminuée que l'on peut espérer qu'en suivant le traitement, on aura un succès complet.

17 Avril. La tumeur est moindre et très mobile; elle excède à peine le volume d'une grosse orange; il n'y a plus de rugosité ni d'induration du col, au point de paraître dans son état naturel. L'iode ne détermine ni nausées ni amaigrissement.

DEUXIÈME OBSERVATION.

Par H. OLDHAM.

Élisabeth, âgée de 49 ans, taille ordinaire, cheveux et yeux noirs, a eu six enfants et deux avortements; elle avait été réglée à l'âge de 13 ans. A la troisième époque, il y eut une suppression par suite de froid aux pieds, les règles furent cinq ans sans reparaître. Elle souffrit considérablement durant cet intervalle; il paraît qu'elle passa par tous les degrés de la chlorose. Cette maladie se compliqua de folie qui dura trois semaines; il y avait eu céphalalgie et autres symptômes d'affection cérébrale; il survint un écoulement par les oreilles et le nez d'une matière jaune et fétide; les accidents cérébraux cessèrent, et les règles reparaissant, la chlorose se dissipa. Depuis cette époque jusqu'à l'année dernière, les règles ont paru régulièrement. Son âge et les symptômes existants annoncent que la menstruation est sur le point de cesser; elle a été plus irrégulière et moins copieuse; dans l'intervalle de chaque époque, il survient une leucorrhée abondante.

Lors de son admission, elle se plaignait de douleurs lancinantes dans les lombes et à la partie inférieure de l'abdomen; elles existent depuis trois à quatre mois; l'écoulement des règles accompagnées de *leucorrhée*, constitue un flux muco-sanguin d'une odeur putride. Les symptômes constitutionnels sont peu graves.

On reconnut au toucher qu'il y avait plus de relâchement et de chaleur muqueuse à la partie supérieure de la muqueuse vaginale; au-dessus, on sentait un corps dur occupant la paroi postérieure et inférieure de l'utérus, et s'étendant jusqu'à la partie supérieure du col. L'orifice est dur et échancré. On lui fit conserver pendant quelque temps la position horizontale, et

on la soumit à un traitement préliminaire. Ensuite on prescrivit :

Julep d'iode, trois fois par jour.

Onguent d'iode de la grosseur d'une noix muscade, friction tous les jours sur la tumeur.

On continua le traitement jusqu'au 2 juin; au commencement d'août, la tumeur avait entièrement disparue, et l'orifice était revenu à son état sain. La femme sortit de l'hôpital parfaitement rétablie.

TROISIÈME OBSERVATION.

Par M. TRENERY.

Jane, âgée de 25 ans, fut admise le 5 septembre 1835. Elle est mère de deux enfants dont le dernier a trois mois. Ses accouchements ont été faciles, et elle a toujours joui d'une bonne santé. Depuis son dernier accouchement, l'abdomen est très développé, et douloureux à la pression. Il y a tympanite des intestins; il s'y joint de l'inappétance, des nausées, constipation; elle se plaint de pesanteur à la partie inférieure de l'abdomen, surtout quand elle est debout.

Le docteur Ashwell pratiqua le toucher, et reconnut une tumeur d'une dureté squirrheuse, située à la partie postérieure du col de l'utérus; mais sans y impliquer le museau de tanche, elle comprimait le rectum, et donnait lieu à la constipation. On administra un lavement d'assa fœtida, et l'on prescrivit l'usage de toniques à l'intérieur, pour diminuer le volume de l'abdomen et améliorer la force constitutionnelle. On fit prendre le julep avec iode trois fois par jour, et l'on fit des applications d'onguent avec iode; on en introduisait une petite portion dans le vagin, et l'on en frottait la tumeur. On persista dans ce traitement, en suspendant par intervalles, jusqu'au 24 octobre; alors le docteur Ashwell pratiqua de nouveau le toucher, et ne retrouva aucun vestige de la tumeur; l'orifice et le col étaient revenus à leur état sain. Les symptômes n'étant causés que par la présence de la tumeur, avaient cessé à mesure qu'elle se fondait.

QUATRIÈME OBSERVATION.

Par H. OLDHAM.

Sarah, âgée de 32 ans, taille moyenne, teint délicat, cheveux châtains, fut admise le 24 janvier 1835. Elle est mariée

depuis cinq ans, et a deux enfants, dont le plus jeune a treize mois; elle jouit d'une bonne santé. Quelque temps avant son mariage, elle fut prise d'un flux de fleurs blanches, qui a persisté depuis; les règles ont été fort abondantes depuis cette époque; elles paraissent environ toutes les trois semaines et durent huit jours. Il se passa environ deux ans avant que cet état n'influât sur la santé générale; mais alors elle commença à se plaindre de lassitude, de langueur et de douleurs dans les lombes, qui ont duré jusqu'à ce moment; après sa dernière couche, il s'établit un écoulement sanguin qui réduisit ses forces, et occasiona beaucoup d'amaigrissement. La suppression des règles pendant trois mois, joint à un léger développement de l'abdomen, lui fit croire qu'elle était enceinte, d'autant plus qu'elle ressentait les mêmes symptômes que dans une grossesse. Elle cessa de le présumer quand elle vit reparaître les règles, il y a quinze jours. L'abdomen s'affaissa; les seins redevinrent flasques; la leucorrhée a relâché le vagin.

26 Janvier. Le docteur Ashwell pratiqua le toucher, et trouva le col et l'orifice plus gros et ramollis; toutes les parties étaient enduites de leucorrhée au-dessus, et incluant le col à la partie postérieure; on rencontrait une tumeur de la grosseur d'un œuf de poule; elle n'avait pas la dureté du squirrhe. — iode gr. xij, hydriodate de potasse ʒ ij, axonge ʒ jss, pour un onguent dont on se sert pour des frictions, soir et matin.

La compression de la tumeur occasionait la constipation, et les efforts qui s'en suivaient faisaient descendre le rectum; la malade ressentait des tiraillements aux lombes et des douleurs à la partie inférieure de l'abdomen; mais ces symptômes étaient assez semblables à ceux qui accompagnent l'écoulement des règles.

On suivit le traitement pendant six semaines, ayant soin de l'interrompre lors de la menstruation; après ce laps de temps, la tumeur avait disparue; l'iode n'avait eu aucun effet délétère; loin d'être amaigrie, la malade paraissait plus robuste; et dans tout l'intervalle de son usage, elle n'eut ni céphalalgie, ni excitation cérébrale.

CINQUIÈME OBSERVATION.

Marie, âgée de 28 ans, entra à l'hôpital le 21 mars 1833. Il y a trois ans que la malade s'aperçut d'abord d'un développement dans la région iliaque droite; n'éprouvant ni gêne, ni

douleur, elle n'en prit aucune inquiétude; mais depuis environ dix-huit mois, elle a ressenti dans l'utérus et son voisinage des douleurs lancinantes, accompagnées de ténesme et de strangurie, au point que sa santé a beaucoup souffert; elle annonce que le volume de la tumeur a acquis trois fois plus de volume depuis les derniers trois mois; elle ne marche qu'avec la plus grande peine; l'estomac est très irritable; la digestion se fait mal; elle est très amaigrie; le pouls est à 110, assez dur; peau chaude, pendant la nuit; sommeil interrompu; les menstrues sont régulières, mais leur écoulement est accompagné de douleur. Le docteur Ashwell pratiqua le toucher, et trouva l'utérus de la grosseur d'une tête d'adulte et refoulé à droite, faisant faire saillie aux parois abdominales; il était très endurci; à gauche, on rencontrait une tumeur dure, portée en arrière, et qui, en comprimant le tissu sigmoïde, déterminait la douleur qui existait dans cette partie. L'orifice est sain et lisse; mais il y a deux tumeurs dures, de la grosseur d'une noisette; elles adhéraient à la partie antérieure du col, changeaient sa position et faisaient compression sur l'urèthre; le col était douloureux au toucher; il en sortait un fluide purulent, acrimonieux; on lui fit prendre cinq minimes de teinture d'iode deux fois par jour, et l'on frottait de petite quantité d'onguent avec iode sur les tumeurs; huile de ricin tous les jours, et un opiacé la nuit, pour calmer la douleur et l'irritation locale. L'iode détermina de l'excitation générale et locale; il survint même un épistaxis difficile à maîtriser. Au bout d'un mois, il y avait peu de changement dans les tumeurs externes des parois; mais celles du col, quoiqu'elles soient encore dures et grosses, l'étaient moins. On continua l'iode, ne suspendant son usage que lorsqu'il nuisait visiblement à la constitution. Au bout de huit mois, le col avait repris son état naturel; les tumeurs avaient disparues; celles externes, et qui occupaient sans doute une portion de la cavité utérine étaient restées dans le même état; au bout de treize mois, la santé était meilleure; la malade avait repris de l'embonpoint, et elle marchait facilement un espace de deux ou trois milles; il y a maintenant deux ans qu'elle est sortie de l'hôpital; et l'on a appris qu'elle jouissait d'une bonne santé, et que le volume des tumeurs avait cessé d'augmenter.

SIXIÈME OBSERVATION.

Élisabeth, âgée de 46 ans, se présenta comme malade ex-

terne au commencement de l'année 1833 ; elle a eu plusieurs enfants, et jusqu'à ces derniers temps, a joui d'une bonne santé. Depuis quelques mois, elle est sujette à un flux muco-purulent et parfois sanguin ; elle ressent beaucoup de douleur, surtout derrière les pubis.

Les menstrues sont irrégulières. Le col était dur et développé, sans pouvoir cependant y distinguer de dépôt de matières dures ; les bords de l'orifice sont rugueux et inégaux, et leur surface est légèrement échancrée ; l'ulcération paraît commencer.

Julep d'iode ℥j trois fois par jour. Onguent d'iode, comme dans les cas précédents.

On suivit le traitement pendant environ un an ; mais comme le cas n'offrait rien de remarquable, on n'en conserva pas de notes. La malade avait cessé de paraître aux consultations, quand, en novembre 1835, elle se présenta pour une autre cause devant M. Tweedie qui, l'ayant soigné dans le principe, profita de l'occasion pour s'assurer de son état actuel. Il n'y avait plus aucune trace d'induration, de rugosité, ni d'inégalité, et à l'exception d'une leucorrhée, on pouvait assurer que les parties étaient parfaitement saines.

SEPTIÈME OBSERVATION.

Madame **, âgée de 34 ans, me fut adressée par feu le docteur Babington, le 7 février 1832. Il y avait sept ans qu'elle était mariée, sans avoir d'enfants. Pendant trois ans, elle avait joui d'une bonne santé ; et même lorsque je la vis, son apparence n'indiquait pas une maladie sérieuse. Elle me dit que depuis deux ans, elle s'apercevait d'une grosseur dure, qui avait attiré également l'attention d'un médecin éminent qui la soignait alors pour une péritonite. Depuis le mois de mars 1830, on ne s'était plus inquiété de la tumeur ; elle se plaignait actuellement de ne pouvoir marcher, d'inappétance et de douleurs croissantes dans la région hypogastrique. Il y avait amaigrissement surtout des extrémités supérieures et inférieures ; les menstrues étaient régulières ; mais la malade souffrait beaucoup vers leur époque. Je trouvai deux tumeurs, l'une située dans l'aine droite et assez basse sur le corps de l'utérus, et une seconde plus dure et plus distincte, occupant une assez grande partie de la surface antérieure de l'utérus, produisant une inégalité visible de la surface abdominale.

L'utérus était très développé, et d'une dureté approchant du

cartilage. On trouvait facilement l'orifice ; mais l'accroissement du col, qui était lobuleux et dur, l'avait repoussé en avant et en haut, de sorte qu'il appuyait sur le col de la vessie et sur l'urèthre ; ses bords étaient rugueux et sensibles ; et en examinant avec le spéculum, on reconnaissait qu'ils étaient rouges et enflammés.

Je la mis à un régime de lait et de nourriture animale, et une demi-pinte ou une pinte d'ale par jour ; je défendis le vin et toute liqueur spiritueuse. Dans tous les cas où le col utérin est affecté, il convient d'interdire les relations maritales. —Teinture d'iode gutt. v, dans un verre d'eau sucrée, trois fois par jour. Onguent d'iode sur le col de l'utérus et sur l'abdomen, tous les soirs.

Le traitement dura six ou sept mois ; au bout de quatre, l'orifice et le col étaient revenus presque à leur volume ordinaire ; la compression sur la vessie et l'urèthre avait cessé ; la tumeur utéro-abdominale était restée à peu près dans le même état ; mais la malade avait recouvré son activité ordinaire ; elle n'était plus gênée dans sa marche ; son appétit était bon ; et elle avait repris de l'embonpoint.

Je revis cette dame en septembre 1835. Trois ans et demi après le commencement du traitement, il y en avait au moins trois qu'on avait cessé l'iode. Le col et l'orifice étaient parfaitement sains. La menstruation était naturelle et régulière ; sa force et sa santé étaient parfaitement rétablies.

CICATRICE.

Extrait de l'Encyclopédie anatomique.

On entend par cicatrisation, le procédé naturel par lequel une nouvelle structure est créée à la place où une portion d'organe a été lacérée ou détruite. Ce fait est d'une grande importance physiologique et pathologique. Cette nouvelle formation constitue ce que l'on appelle une cicatrice : nous allons donner un aperçu général du mode et du résultat de l'opération.

Il est intéressant de suivre le procédé réparateur, quand une portion de la peau a été détruite. Le premier degré varie selon que l'on enlève la partie d'une seule fois, comme dans l'excision,

ou secondairement, comme par exemple, dans l'escharre. L'enlèvement de la peau a pour effet immédiat, la rétraction des téguments voisins par leur propre élasticité, de sorte que la plaie se trouve agrandie. Peu après, il survient de l'inflammation et de la suppuration. Dans le second temps, il s'y épanche de la fibrine qui s'organise, et constitue ces petites élévations rondes, molles, rouges, qu'on appelle granulations ; à mesure qu'elles se forment, il s'établit un état de contraction, qui oblige les bords de la plaie à revenir vers leur point originel.

John Hunter nous dit que cette contractilité des granulations est proportionnée à la disposition qu'a la plaie à se guérir, et à la laxité des parties sur lesquelles les granulations se sont formées ; car les granulations ne se contractent pas aussi bien, quand la peau n'a pas une tendance à recouvrir (Hunter, *Sur le Sang*, 8e édit.). Cette contractilité dure, jusqu'à ce que la plaie soit fermée ; mais son plus grand effet a lieu au commencement, attendu qu'il y a moins de résistance de la part des parties voisines ; tandis que ceci se passe dans la circonférence de la plaie, et précède la véritable cicatrisation. L'ancien épiderme proche des granulations, devient lisse et arrondi ; il offre une teinte blanche, qui l'est encore davantage près du bord de la cicatrisation. C'est réellement alors que cette dernière est en train de se faire, et l'on voit le nouvel épiderme qui s'étend de la circonférence au centre de la plaie, non pas uniformément, mais en s'avançant irrégulièrement sur les granulations, ou plutôt en se formant irrégulièrement sur elles ; mais, dans les plaies récentes, il s'étend toujours en une surface continue depuis la circonférence. Dans les ulcères larges et anciens, où les bords de la peau n'ont que peu de tendance à se contracter, ni la membrane cellulaire à prêter, et où l'ancien épiderme n'est que peu disposé à former de la peau, les plus proches granulations n'en reçoivent pas une tendance à cicatriser. Dans ce cas, il se forme une nouvelle peau sur différentes parties de l'ulcère ; cette peau reste sur la surface des granulations, comme de petites îles. La rapidité avec laquelle la peau se forme, quand elle en est à ce point, ne nous laisse pas facilement juger du temps qu'il faudra pour la guérison ; généralement les derniers degrés marchent plus lentement que les premiers, surtout si la plaie était grande. Une question s'offre ici : la nouvelle peau est-elle le résultat d'une altération des granulations, ou en est-elle un produit entièrement nouveau ? Bichat est porté à croire la première de

ces deux opinions; il est d'avis que les granulations, après s'être vidées du fluide qu'elles contiennent, s'affaissent, se réunissent l'une à l'autre, et se convertissent en une membrane lisse et uniforme. Hunter pense, au contraire, qu'elle est le produit de leur sécrétion. Nous serions plutôt portés à adopter l'opinion de Bichat. Il paraît que dès que la surface d'une granulation est recouverte d'épiderme, ce qui a souvent lieu avant l'affaissement des granulations, alors les orifices sécréteurs qui avaient fourni du pus, s'enferment et parcourent les mêmes changements qui se manifestent en pareille circonstance, dans d'autres parties du système. L'organe qui n'est plus nécessaire s'affaisse; les parties fluides s'absorbent; et les granulations molles et spongieuses forment la structure mince, dense et fibreuse de la cicatrice. Nous ne pouvons croire, avec Dupuytren, que le chorion se forme d'abord, puisque l'épiderme s'y ajoute; puisque nous avons reconnu l'épiderme sur des granulations si peu altérées, en apparence, qu'on ne pouvait le reconnaître qu'en plaçant la partie dans un point de jour où l'on distinguait sa surface sèche et luisante de l'aspect villeux et mou des granulations voisines. Nous pensons que la contraction ne précède pas, mais suit la formation du cuticule; par conséquent, la peau formée par cette contraction, finit par suivre la formation du cuticule. Nous ne saurions en expliquer la raison; mais c'est un fait dont nous ne pouvons douter; et ce fait rend compte de la lenteur avec laquelle se forme l'épiderme dans la guérison d'un ulcère, dont la membrane est formée par ces granulations. On peut dire que l'organisation de ces corps est bien inferieure à celle de la peau, quand elle est complète. Il en résulte que lorsque l'épiderme d'une cicatrice est détruit, il se reforme facilement, parce qu'il a un organe plus parfait pour secréter.

Dès que le nouvel épiderme recouvre les granulations, il s'y opère deux grands changements : la sécrétion du pus cesse; la surface se sèche; et alors commence cet état de contraction qui se continue encore longtemps après que la plaie paraît guérie. La contractilité a lieu sur tous les points, et détermine cette dépression de la cicatrice, que l'on remarque à mesure que l'épiderme s'étend sur les granulations. Les parties qui étaient molles et spongieuses acquièrent de la fermeté, et constituent une couche condensée qui occupe la position, et remplit les fonctions du tissu originel. On se demandera pourquoi l'épiderme qui recouvre un ulcère ne se montre pas de suite sur toute la surface,

puisqu'elle est le produit des granulations, comme dans l'excoriation d'une peau saine, mais vient lentement et progressivement de la circonférence au centre? Il semble qu'il faille une plus grande perfection d'organisation, pour produire l'épiderme que pour former des granulations capables de sécréter du pus; si nous examinons la structure vasculaire de ces nouvelles parties, nous nous apercevons que les vaisseaux sanguins des granulations sont peu nombreux, et que leur cours est très irrégulier, leur forme aussi; car ils ont souvent l'apparence d'une varice : c'est ce que nous considérons comme un signe d'organisation faible et incomplète. Les vaisseaux du voisinage immédiat de la nouvelle peau ont une forme et une direction plus régulière; et on les voit souvent s'avancer au travers des granulations voisines jusqu'au centre de la plaie, ressemblant beaucoup aux vaisseaux enflammés de la cornée; et là, où ce fait n'est pas d'une apparence remarquable, les granulations voisines des parties où la peau est en train de se former sont plus vasculaires que celles intérieures. Nos observations nous porteraient à croire que ce système plus parfait de circulation commence d'abord par l'anastomose des vaisseaux du bord de la peau saine, et que c'est par l'action de ces nouveaux vaisseaux que se sécrète l'épiderme; il en part de ceux-ci qui vont se rendre sur la surface de la plaie ou immédiatement au-dessous. Le degré nécessaire de perfection de structure se fait ainsi progressivement, et est aussitôt suivi du développement de l'épiderme. Que l'on se souvienne que cet état des granulations diffère encore du tissu contracté et sans sécrétion qui constitue le nouveau chorion. Si cette description est d'accord avec la nature, on a raison de supposer que les nouveaux vaisseaux qui partent des bords de la plaie sont plus parfaits et plus en état de contribuer au procédé que ceux qui viennent du tissu cellulaire, et passent au travers des granulations; nous pouvons aussi supposer qu'y en ayant une partie déjà complète, ainsi que nous l'avons dit, elle est plus propre à envoyer de nouveaux vaisseaux pour l'organisation de l'autre partie des granulations que ces dernières elles-mêmes. On doit aussi s'attendre que la faculté d'organiser les parties qui lui sont voisines doit être supérieur, dans l'épiderme sain, à celle qu'aurait une structure nouvellement formée, et que dans une grande plaie, cette faculté diminue en s'éloignant des parties saines : ceci s'accorde avec le fait bien connu de la lenteur avec laquelle la cicatrisation s'opère dans les derniers temps.

Voilà donc la marche que suit le recouvrement de la peau; mais les changements internes ne sont pas achevés : il se fait un changement lent, mais remarquable, qui modifie la structure et l'apparence de la cicatrice. De rouge qu'elle était, elle devient pâle, et finit par être presque blanche; du moins, c'est là la règle générale, quoique dans certaines circonstances, le résultat soit différent. La cicatrice continue à se contracter dans toutes ses dimensions, diminuant par là non seulement son étendue, mais la déprimant au-dessous du niveau de la peau; son organisation devient plus dense, plus mince et plus parfaite, jusqu'à ce qu'elle ait atteint l'apparence qu'elle conserve ensuite toute la vie.

C'est cette contractilité du chorion qui détermine ces brides que l'on voit si souvent après de grandes brûlures. Il n'est pas nécessaire d'avoir recours à aucune particularité d'hypothèse pour expliquer le grand degré de contraction qui a lieu si fréquemment. Nous comprenons, au contraire, que c'est par les causes reconnues de la contraction des cicatrices qu'ont lieu les phénomènes qui accompagnent la guérison des brûlures.

Nous avons décrit la marche de la cicatrisation, quand il y a perte de substance. Quand cette solution de continuité a été plus superficielle, la cicatrisation se fait plus rapidement, et son résultat est plus parfait, d'autant plus que la partie qui doit y coopérer est la couche interne du tissu originel, qui est une partie bien plus organisée que ne l'est le tissu cellulaire. Dans les blessures réunies d'abord, il n'y a pas de suppuration; la substance qui aurait formé les granulations suppurantes, devient un moyen immédiat d'union, et il n'y a de nouvelle peau que dans la ligne où les bords divisés se sont réunis; on la reconnaît toujours à la couleur blanche que nous avons cité.

Il paraît que la guérison des ulcères des membranes muqueuses se fait de la même manière. Les granulations partent du fond de l'ulcère; la membrane saine voisine est entraînée par leur force contractile; et les bords de l'ulcère se contournent, et viennent se continuer avec la nouvelle membrane qui recouvre enfin l'ulcère. Quand la plaie n'a traversé que la membrane muqueuse, les granulations partent de la tunique musculaire, et la contraction n'a lieu que sur la tunique muqueuse environnante; mais quand la tunique musculaire est détruite, les granulations croissent au fond de la plaie, c'est-à-dire dans le tissu cellulaire qui est en contact avec le péritoine; mais la contraction des parties

voisines diminue la circonférence de l'ulcère, en faisant froncer cette membrane mince, qui ressemble alors à une petite portion d'intestins qu'on aurait saisis avec le forceps, et attachés avec une ligature à l'intérieur. Quand elle en est venue à ce point, il se forme une espèce de toile qui part des bords de l'ulcère, recouvre sa base, et forme des rides fines qui convergent vers le centre. Cette production n'a pas de villosités, et est légèrement déprimée. Quand la plaie a été grande, la cicatrice est couverte d'un tissu cellulaire froncé, formé de filaments blanchâtres, qui se croisent en tous sens et laissent des interstices creux. Quand l'ulcère est petit, la cicatrice ressemble beaucoup à une marque de petite vérole.

Les observations de Laënnec, Andral et autres ont prouvé sans aucun doute, qu'il se fait une cicatrisation dans les poumons, après des excavations tuberculeuses; et depuis qu'ils ont fait connaître et leurs observations et les signes auxquels on peut reconnaître ce fait, beaucoup d'autres en ont rendu témoignage. Suivant Laënnec, cette circonstance favorable a lieu de trois manières : d'abord, les parois de la cavité se recouvrent d'une membrane semi-cartilagineuse, dont la surface est lisse et polie; souvent elle semble se continuer avec la membrane interne de ces ramifications bronchiques, qui s'ouvrent brusquement dans la cavité. Cet état constitue une espèce de cicatrice interne, analogue à une fistule, et ne nuit pas plus à la santé que cette dernière. Le second genre de cicatrisation consiste de l'oblitération de la cavité morbide par les adhérences de ces parois. Lorsqu'elle est complète et qu'on la divise, on voit une bande de tissu cellulaire condensé ou de structure fibro-cartilagineuse. Les tubes bronchiques qui se rendent vers cette structure, s'oblitèrent en y arrivant; il y a, en général, une quantité peu ordinaire de la matière noire des poumons, sur les bords de la cicatrice; et dans ce cas, la structure des poumons est plus molle, et moins crépitante qu'à l'ordinaire. On reconnaît ces cicatrisations sur la surface des poumons, à une dépression de la plèvre, dont la profondeur correspond à la grandeur de l'excavation, et est quelquefois considérable. Nous retrouvons ici un exemple de cette tendance contractile des nouvelles structures. La troisième espèce de cicatrice des poumons est celle qui résulte de l'épaississement des parois fibro-cartilagineuses, qui finissent par boucher la cavité, et laissent une masse d'un blanc bleu ou gris, où les bronches se terminent brusquement, comme dans le cas pré-

cédent. Ces deux derniers genres de cicatrices ne sont pas rares.

Le genre de cicatrisation des abcès du tissu cellulaire sous-cutané, ou de parties situées plus profondément est à peu près le même que le second genre que nous avons décrit. A mesure que le fluide contenu s'échappe, la cavité de l'abcès diminue par la contraction du tissu environnant, et par les granulations qui croissent sur les côtés de la cavité, les parois se trouvent amenées en contact et prennent adhérence ensemble et laissent enfin une cicatrice fibreuse, blanchâtre et plus dense que le tissu cellulaire avoisinant. On remarque que peu d'abcès granulent avant d'être ouvert, et alors il y a plus de disposition sur une des surfaces qui est celle la plus proche au centre du corps, et où la suppuration s'établit. Il est rare que la surface près de la peau granule, elle a au contraire une tendance à s'ulcérer. La cause de cette différence n'est pas bien connue, mais son utilité pour la guérison est claire et frappante. Après avoir considéré la manière dont la nature reproduit la substance dans la structure saine, nous examinerons les caractères qui appartiennent à la cicatrice quand elle est complète. Quoique cette nouvelle formation ressemble à sa peau ancienne et parfaite, et en remplisse les fonctions, cependant elle en diffère à plusieurs égards.

1° Elle occupe ainsi que nous l'avons dit un plus petit espace puisque sa contraction entraîne la peau en dedans, et sert par là à diminuer la surface, où il faut une nouvelle peau. On s'en aperçoit mieux dans ces parties où le tissu cellulaire est flasque comme dans le scrotum, où une grande plaie ne laisse souvent qu'une petite cicatrice, tandis que d'autres parties moins disposées à prêter telles que les plaies de la tête, conservent une cicatrice proportionnellement grande. 2° Le tissu de la cicatrice est souvent plus dur et plus épais que la peau. Il y a cependant des variétés, mais qui ont un rapport assez exact avec le degré de contraction, l'espace de temps qu'il a fallu pour la guérison, et à l'irritation qu'a éprouvé l'ulcère. Quand ces circonstances se sont réunies à un degré considérable, la dureté est plus grande, mais si le contraire a eu lieu la cicatrice reste molle et souple, ce point est important en pratique surtout dans les cas de brûlures. 3° La couleur diffère de celle de parties naturelles, cette différence est causée par l'absence du reste mucosum qui ne se renouvelle que longtemps après les autres tissus, et quelquefois pas du tout. C'est par cette raison que la cicatrice d'un nègre est aussi blanche que celle d'un européen, mais il arrive aussi

qu'après un temps considérable cette structure se renouvelle, et devient même plus foncée que le reste. 4° La surface est plus sèche parce qu'il n'y a pas de pores exhalants. On ne les retrouve jamais même dans les plus anciennes cicatrices. Même lorsque le chorion n'a pas été détruit dans toute son épaisseur et que la perte de substance n'a atteint qu'aux couches externes, ces pores s'oblitèrent et anéantissent la fonction de l'exsudation. Quand la plaie n'a existé que dans la structure vasculaire externe de la peau, par exemple, dans un vésicatoire qui a été longtemps enflammé, nous remarquons un état plus sec des parties et une surface plus lisse. Cette sécheresse résulte aussi d'une cause anatomique, c'est la destruction des glandes de la transpiration quand les téguments ont été entièrement lésés. 5° Le nouveau tissu ne fournit pas de poil et si dans les blessures superficielles il en pousse quelques-uns ils sont faibles et blancs. 6° Après la cicatrisation d'un large ulcère, la surface est souvent bien plus basse que le tissu voisin. Il semble que la nature se soit épuisée dans ses longs efforts pour la guérison et les granulations ne s'élèvent jamais au niveau de la peau comme dans une plaie récente. La nouvelle peau commence sur ces granulations qui partent des bords de l'ulcère, et s'étendant sur sa surface laissent une cicatrice creuse. 7° L'élasticité du tissu cellulaire est moindre et ne se distend pas au même degré que le tissu ordinaire. C'est ce que l'on voit dans l'œdème et l'emphysème, où cette partie reste souvent déprimée tandis que toutes les parties voisines sont élevées et tendues. On s'en aperçoit aussi à la gêne qu'une grande cicatrice apporte aux mouvements des articulations. C'est sans doute aussi par cette raison qu'on n'y trouve pas de tissu graisseux. Ce défaut d'extensibilité semble être une suite des lois qui gouvernent les produits de l'action inflammatoire. L'inflammation diminue l'élasticité du tissu cellulaire, il reste pendant longtemps un degré de roideur et de gêne dans les mouvements, et puisque le tissu de la cicatrice est le résultat d'une action inflammatoire, on doit s'attendre aux mêmes effets.

Jusqu'à quel point les fonctions vasculaires et nerveuses reparaissent-elles dans la cicatrice? Il est probable que la nouvelle structure reçoit des nerfs, mais en petit nombre. Le toucher est le seul sens qui semble reparaître quand l'ulcération a impliqué l'un ou l'autre des cinq sens. Encore ne l'est-il qu'à un certain degré, la sensation ressemble assez à celle qui survient après la

paralysie. Nous n'avons pas assez observé le degré de chaleur de la cicatrice pour pouvoir le généraliser, mais celle d'une brûlure est à quelques degrés au-dessus de celle de la partie saine, tandis que la cicatrice ordinaire résiste moins facilement que la peau aux extrêmes de la chaleur ou du froid, quoique sa température soit la même dans les circonstances ordinaires. Quiconque a voyagé aux pôles ou aux tropiques, a remarqué l'aptitude qu'ont les anciens ulcères à annoncer par de la douleur et de l'inflammation; les variétés de température; les vaisseaux sanguins de la nouvelle structure sont d'abord nombreux, on le voit par la rougeur et la facilité avec laquelle ils saignent; mais leur nombre et leur volume diminue beaucoup, au point qu'il a été impossible de faire parvenir une injection dans une ancienne cicatrice. Dupuytren a dit que dans le cas de cicatrices de la face, quand il y avait eu un exercice déterminant de la rougeur, cette partie restait sans couleur. Bichat assure que même le nouvel épiderme est recouvert de vaisseaux sanguins. Nous n'y avons pas encore découvert la moindre trace de vascularité, ni cette sensibilité qu'il décrit. On semble encore douter jusqu'à quel point la sécrétion existe dans la nouvelle production. Le docteur Bright semble croire qu'elle y revient, il dit avoir trouvé dans une cicatrice une vraie membrane muqueuse; mais il faut dire que la preuve qu'il en donne est bien équivoque, il dit que la surface se continuait avec la membrane qui garnissait l'intérieur du canal, il ajoute même qu'en examinant l'ulcère pendant le temps de la guérison, on s'aperçevait que les vaisseaux de la membrane muqueuse s'étendaient partout sur la surface. M. Troillet dit fermement que la cicatrice avait l'épaisseur, la consistance, et l'apparence d'une membrane muqueuse; mais ni lui, ni le docteur Bright ne cite la membrane villeuse que nous considérons comme un caractéristique essentiel d'une membrane muqueuse. Les cas cités par le docteur Hope et M. Billard n'offraient pas de villosités et ce dernier doute qu'elle se montre jamais. Nous sommes aussi de son avis. Semblables à tous les produits organiques accidentels, les cicatrices s'irritent facilement, et l'ulcération les détruit avec une rapidité étonnante. Il suffit de quelques jours, même de quelques heures pour détruire le travail de plusieurs mois. Mais cette destruction n'est souvent que superficielle, et la guérison s'opère aussi promptement que le mal. Dupuytren a dit que la cicatrice résultant d'une destruction entière de la peau, ne se

ressent pas des maladies exanthémateuses, telles que la scarlatine, la petite rougeole, la petite vérole, elle reste pâle, au milieu de l'éruption qui couvre les parties voisines. Le contraire a lieu dans les cicatrices superficielles, sous lesquelles il reste des portions du tissu originel, qui partage alors des diverses variétés du reste de la peau. Nous conclurons en disant qu'il semble, d'après ces considérations, que sa nature n'a pas eu pour but en reproduisant des parties à la place de celles détruites, de lui rendre l'usage de ses fonctions, et sa perfection d'organisation, mais simplement de recouvrir les parties non lésées et de les garantir des accidents et de l'irritation extérieure, ne leur donnant que le degré de vitalité et des propriétés nécessaires à leur propre conservation et à leur entretien.

BIBLIOGRAPHIE.

Dictionary of Terms employed by french in anatomy, physiology, pathology; Dictionnaire des Termes employés dans la langue française en anatomie, physiologie, pathologie, médecine pratique, obstétrique, pharmacie, zoologie médicale, botanique et chimie, avec leurs dérivés du latin et du grec, leurs synonymes en grec, latin, français, allemand et anglais; par Shirley Palmer, M. D. Première Partie. Londres, Sherwood et Comp.

Si le docteur Palmer n'était déjà très connu par son excellent ouvrage qui porte pour titre : *Popular illustrations of Medecine*, il aurait des droits à la reconnaissance des savants par le laborieux dictionnaire que nous avons sous les yeux. Le besoin d'un pareil ouvrage se faisait depuis longtemps sentir pour les médecins qui veulent se tenir au courant de la science. Il est difficile et même impossible de pouvoir lire les auteurs des deux pays, quand on n'a pas séjourné longtemps en France et en Angleterre, si l'on est incertain sur la valeur des termes employés, et quand leur signification n'est pas rendue d'une manière exacte. Dans les ouvrages scientifiques, des savants seuls peuvent servir d'interprêtes entre deux langues. Si l'on ouvre les dictionnaires français-anglais et anglais-français les plus récents, ils ne sont que d'une faible utilité pour le médecin; sou-

vent ils sont inutiles. Cherchez les mots de la nomenclature chimique française, vous feuilleterez en vain, et vous resterez dans l'embarras, et cependant est-il possible de lire aujourd'hui un ouvrage de médecine si on est étranger aux progrès des branches diverses de l'art de guérir ? En arrivant en Angleterre, l'auteur de cette courte analyse, ayant besoin de chlorure de soude, ne pouvait se faire comprendre, parce qu'aucun dictionnaire ne lui aidait et ne contenait ce terme. Les dictionnaires ne sont bons que pendant un certain temps ; les innovations quotidiennes les vieillissent vites, et au bout de quelques années l'étude seule du langage scientifique serait très longue et très difficile, s'il ne se trouvait des savants qui se dévouent pour les autres, et qui consacrant leurs veilles à des travaux plus utiles que brillants, rendent ainsi facile l'intelligence des auteurs.

Il serait heureux, certes, que la science n'eut qu'un langage : la vaste famille européenne progresserait ainsi tout à la fois, tandis que les idiômes différents élèvent des barrières entre les peuples et les savants eux-mêmes. Grâces soient rendues à M. le docteur Palmer pour avoir abaissé une de ces barrières ! Son ouvrage est un des plus utiles qui existent pour les savants des deux pays ; il leur est indispensable, et, pour notre part, bien que le séjour prolongé en Angleterre et en France nous ait mis à même de nous passer des dictionnaires académiques, nous avuons ce que nous devons au docteur Palmer pour l'excellent dictionnaire qu'il donne à la science.

La première Partie contient depuis le commencement de la lettre *A* jusqu'au mot *Corne*. Nous parlerons de la seconde Partie avec quelque détail, elle a déjà paru, et comprend la lettre *H* inclusivement.

— 1740. — Intensité d'un froid très-long et très-rigoureux surtout en Russie, où la glace fut d'une épaisseur si considérable, qu'à Saint-Pétersbourg on construisit un palais de glace de 52 pieds et demi de longueur sur seize pieds et demi de large, et vingt de hauteur.

COURSES SUR LA GLACE,

DE SAINT-PÉTERSBOURG A KRONSTADT.

L'hiver a ses plaisirs : son souffle rigoureux
Souvent est le signal des courses et des jeux.
C'est alors qu'emporté par un coursier rapide,
Court le traîneau léger sur la neige solide ;
Alors, en se jouant, des pieds armés de fer
Vont sillonnant les flots endurcis par l'hiver.

— DELILLE. —

Au commencement de l'hiver, on trace sur la glace le chemin qui conduit de Pétersbourg à Kronstadt ; il est indiqué par une allée de hautes balises [1]. De lieue en lieue on trouve des guérites bien chauffées où sont placées des sentinelles qui, dans les temps brumeux, entretiennent des feux de distance en distance, et sonnent des clo-

s
à
ı-
u-
ois
ıns
ots,
de
ité;
ha-
ıt
-
s-
p
su
le
, et
r, les
anœuvre
ons, il les
mait de cette